

MESTRADO  
CUIDADOS PALIATIVOS

# **O Serviço Social nos Cuidados Paliativos**

Um Estudo Qualitativo no Distrito do Porto

Cláudia Raquel Cardoso Teixeira



2016



MESTRADO  
CUIDADOS PALIATIVOS

# **O Serviço Social nos Cuidados Paliativos**

Um Estudo Qualitativo no Distrito do Porto

Cláudia Raquel Cardoso Teixeira<sup>1</sup>



2016

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA  
À FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DO  
PORTO EM CUIDADOS PALIATIVOS, SOBE  
ORIENTAÇÃO DO MESTRE EDUARDO CARQUEJA



---

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

## **AGRADECIMENTOS**

É nos momentos importantes nos quais somos colocados à prova, que um apoio dos familiares e amigos se demonstra crucial... e eu tive a sorte de ter um grande suporte das pessoas mais importantes para mim, nesta batalha em busca do saber e do conhecimento.

Por estes motivos e mais alguns tenho de apresentar os meus mais sinceros agradecimentos:

### **Aos meus pais**

Por todo o seu apoio, dedicação e empenho, pois sem vocês o meu ingresso neste mestrado não seria possível.

### **Aos meus irmãos**

Por me terem ajudado em tudo durante estes dois anos de esforço e dedicação por um objetivo, e por me incentivarem a não ficar parada.

### **Ao meu mais que tudo, André**

Por todo o apoio dado e por nunca me ter deixado baixar os braços quando tudo parecia estar a correr menos bem.

### **Á minha grande e fiel amiga, Daniela Martins**

Por tanto me ter ajudado na realização deste objetivo e por sempre acreditar em mim.

### **Á colega de profissão e amiga, Inês Novais**

Por sempre se demonstrar disponível a ajudar em todas as partes deste trabalho.

### **Ao meu orientador, Mestre Eduardo Carqueja**

Por me ter ajudado e orientando nesta batalha e facultado tudo o que lhe foi solicitado respondendo sempre a todas as minhas dúvidas e questões.

O meu muito obrigado a todos.

## RESUMO

Muitos têm sido os avanços da medicina nos últimos anos. No entanto, quando falamos de Cuidados Paliativos o “curar” é substituído pelo “cuidar”, sendo o foco destes cuidados o doente, no sentido de lhe proporcionar um maior conforto e qualidade na etapa final da sua vida. Uma abordagem em contexto de interdisciplinaridade torna-se crucial na resposta às diferentes carências do indivíduo e suas famílias, tanto a nível físico como psicológico, e o Serviço Social é aqui chamado a intervir.

O presente trabalho tem como objetivo principal perceber quais os conhecimentos que uma amostra da população tem sobre Cuidados Paliativos bem como o papel do Assistente Social nos mesmos.

Para operacionalizar o objetivo proposto nesta investigação optou-se por uma abordagem qualitativa, no sentido de perceber com melhor clareza os reais conhecimentos da amostra em estudo. A população alvo deste estudo é a população do Distrito do Porto, sendo a amostra constituída por 50 indivíduos (32 do sexo feminino e 18 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 58 anos) entrevistados acidentalmente, numa amostra aleatória, aplicada em vários locais do Porto. A técnica de amostragem eleita para este estudo, é não probabilística, mais concretamente a amostragem accidental. O instrumento de colheita de dados é a entrevista semiestrutura e a técnica de análise dos dados é realizada através da análise de conteúdo.

Relativamente aos conhecimentos dos participantes em estudo sobre cuidados paliativos, os resultados mostram que, de facto, uma grande parte da amostra está familiarizada com este conceito. No entanto, é notório, ainda que em poucos casos, a existência de uma ideia errónea entre o conceito de cuidados paliativos e os cuidados continuados, bem como os cuidados paliativos e os cuidados prestados à terceira idade.

Por sua vez, no que respeita ao entendimento da amostra quanto à intervenção do Serviço Social nos Cuidados Paliativos, uma grande parte da amostra referiu o assistente social como elemento integrante nas equipas de Cuidados Paliativos e mostrou saber o que o profissional faz concretamente nesta área.

A presente investigação oferece um contributo importante, pois um correto conhecimento da população acerca dos Cuidados Paliativos (CP) representa um fator importante no acesso e utilização destes serviços (Benini et al., 2011).

**Palavras chave:** Cuidados Paliativos, Serviço Social, Conhecimentos

## ABSTRACT

Medicine has been progressing in the last few years. However, when we talk about Palliative Care, “cure” is replaced by “caring” and the focus relies on the patients with the intent of giving them comfort and quality in this final stage of their lives. Therefore, an interdisciplinary approach becomes crucial to respond to the different needs (physical or psychological) of the patients and their families, and Social Services are called to intervene.

The present dissertation aims to understand the knowledge acquired by a sample of the population regard Palliative Care, as well as the role of Social Workers in this context.

A qualitative methodology was used in order to test the purpose proposed by this investigation, aiming to clearly understand the real knowledge of the sample. The target sample of this study is the population of Porto, and the sample included 50 participants (32 females, 18 males, age ranged between 19 and 58 years-old) that were randomly interviewed in different places of Porto. The sampling technique selected for this study is non-probabilistic, namely random sampling. The data was collected through a semi-structured interview and content analysis was used to analyse the data.

Regarding participants’ knowledge about palliative care, the results show that a significant proportion of the sample is familiarized with the concept. However, in some cases there is a misconception of the term palliative care, and participants show a confusion between this term, continued care, and elderly care.

Moreover, participant’s perceptions regarding the role of Social Workers in Palliative care revealed that they believe that the social worker is a member of palliative care teams and they acknowledge the specific tasks of social workers in this field.

The present research provides an important contribution, as the accurate knowledge of population regarding palliative care represents an important factor of access and use of these kind of services (Benini et al, 2011).

**Key-words:** Palliative Care, Social Services, Knowledge

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
1.1. Cuidados Paliativos – conceptualização & princípios .....	3
1.2. Breve resumo histórico .....	7
1.3. Serviços de Saúde existentes .....	10
1.4. O acesso aos Cuidados Paliativos – metas e realidades.....	14
1.5. Serviço Social e Saúde.....	19
1.6. Serviço Social nos Cuidados Continuados e Paliativos.....	25
1.6.1. Desempenho do Assistente Social nas diferentes Unidades e Equipas de Cuidados Continuados e Paliativos.....	27
<b>CAPITULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>43</b>
2.1. Método de Investigação .....	43
2.2. População e amostra .....	43
2.3. Instrumento de colheita de dados.....	44
2.4. Análise de dados .....	45
<b>CAPITULO III – ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>46</b>
3.1. Caracterização da amostra .....	47
3.1.1. Género.....	47
3.1.2. Faixa Etária .....	48
3.1.3. Estado civil .....	48
3.1.4. Habilitações literárias .....	49
3.1.5. Profissão.....	49
3.2. Caracterização dos Cuidados Paliativos segundo a opinião da amostra em estudo .....	50
3.3. Caracterização do trabalho do Assistente Social segundo a opinião da amostra em estudo .....	54

<b>CAPITULO IV – DISCUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>

## **ANEXOS**

ANEXO I – Guião da entrevista

ANEXO II – Transcrição das entrevistas



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Estimativa dos doentes falecidos com necessidades paliativas.....	15
<b>Tabela 2</b> – Camas de Cuidados Paliativos, Ratios e Taxa de Cobertura (%), janeiro de 2016.....	16
<b>Tabela 3</b> – EIHSCP, Ratio (:hospital) e Taxa de Cobertura (%), Janeiro de 2016.....	17
<b>Tabela 4</b> – ECSCP, Ratios (:10 hab) e Taxa de Cobertura (%), janeiro de 2016.....	18
<b>Tabela 5</b> - Número de técnicas/os superiores de saúde e outras/os técnicas/os superiores ao serviço nos hospitais, em Portugal e no continente, por tipo de hospital, segundo o ramo de atividade.....	22

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b> – Caracterização da amostra quanto ao género.....	47
<b>Gráfico 2</b> – Caracterização da amostra quanto á faixa etária.....	48
<b>Gráfico 3</b> – Caracterização da amostra quanto ao estado civil.....	48
<b>Gráfico 4</b> – Caracterização da amostra quanto às habilitações literárias.....	49
<b>Gráfico 5</b> – Área de intervenção do Assistente Social, segundo a amostra.....	56

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde  
**APCP**- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos  
**AS** - Assistente Social  
**CP**- Cuidados Paliativos  
**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens  
**DGS** – Direção Geral de Saúde  
**ECR** – Equipas Coordenadoras Regionais  
**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
**ECSCP** – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos  
**EIHSCP** – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos  
**EUA**- Estados Unidos da América  
**FIAS** – Federação Internacional de Assistentes Sociais  
**FMUP**- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
**IPO**- Instituto Português de Oncologia  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PNCP** – Programa Nacional de Cuidados Paliativos  
**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
**RNCP** - Rede Nacional de Cuidados Paliativos  
**SCP** - Serviço de Cuidados Paliativos  
**SNS** – Serviço Nacional de Saúde  
**UCP** – Unidade de Cuidados Paliativos  
**UCP-R** - Unidade de Cuidados Paliativos da Rede

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi realizada no âmbito do curso de Mestrado em Cuidados Paliativos (CP) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

O tema “O Serviço Social nos Cuidados Paliativos – Um estudo qualitativo no Distrito do Porto” resultou sobretudo no interesse pessoal e profissional da investigadora, aliada ao facto de os estudos neste campo ainda serem escassos no nosso país.

Os cuidados paliativos desempenham um papel fundamental, tendo em conta que proporcionam cuidados a pessoas que enfrentam uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave, que ameaça a vida e inevitavelmente conduzirão à morte. Estes cuidados visam promover não só uma qualidade de vidas aos doentes, mas também trabalham junto das suas famílias, quer durante a progressão da doença quer na fase de luto, sempre que adequado. Tratam não só problemas físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais, atuando sempre numa equipa multidisciplinar.

Os cuidados paliativos são considerados essenciais a um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de qualidade, devendo ser prestados em continuidade nos cuidados de saúde, a todas as pessoas com doenças muito graves e/ou avançadas e progressivas, que deles necessitem, e onde quer que se encontrem, designadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares ou continuados integrados.

Atualmente, é reconhecido ao nível internacional que, aplicados em tempo adequado, os cuidados paliativos diminuem os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, o recurso aos serviços de urgência, aos cuidados intensivos e a obstinação terapêutica e, consequentemente melhoram a qualidade de vida dos doentes.

O presente estudo pretende investigar os conhecimentos que uma amostra da população do distrito do Porto possui acerca dos CP, bem como o papel do Assistente Social (AS) nesta área.

Este trabalho apresenta-se dividido por capítulos de forma a estar devidamente organizado.

O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico, onde é feita um enquadramento conceptual da literatura relativamente aos Cuidados Paliativos no passado e na atualidade, bem como do trabalho do Assistente Social no geral e na área concreta dos Cuidados Continuados e Paliativos. Nesta parte será apresentado o estado da arte que sustentará todo o trabalho de investigação.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia de investigação utilizada neste estudo, nomeadamente o tipo de investigação, a população, e amostra, o instrumento de recolha de dados e a técnica de análise de dados.

No terceiro capítulo é realizada a análise dos dados obtidos, através da análise de conteúdo e categorização dos resultados.

No quarto capítulo é feita uma discussão dos resultados obtidos tendo em consideração todo o enquadramento teórico aqui apresentado bem como as questões de investigação levantadas. É ainda aqui efetuada uma reflexão mediante as conclusões obtidas anteriormente e são propostas linhas gerais de intervenção.

Por fim, são apresentadas todas as referências bibliográficas consultadas neste trabalho para uma sólida construção teórica e prática do mesmo.

## CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 Cuidados Paliativos – conceptualização & princípios

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”. (Barbosa e Neto, 2010a)

Na definição de cuidados paliativos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere ainda que:

- a) Os cuidados paliativos providenciam o alívio da dor e de outros sintomas;
- b) Afirmam a vida e perspetivam a morte como um processo natural;
- c) Não têm a intenção de apressar nem de adiar a morte;
- d) Integram os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados aos doentes;
- e) Oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até à morte;
- f) Utilizam uma abordagem multidisciplinar para atender às necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo o apoio no luto, se indicado;
- g) Melhoram a qualidade de vida, e podem até influenciar positivamente o curso da doença;
- h) São aplicáveis mais precocemente, em conjunto com outras terapias que são destinadas a prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluem as investigações necessárias para compreender melhor e gerir complicações. (Barbosa e Neto, 2010b).

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) afirma que “Os cuidados paliativos se definem como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida

*possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo”.* (APCP, 2016a)

A APCP no seu site oficial esclarece alguns conceitos importantes de modo a combater concepções erradas que possam existir sobre estes cuidados:

- Os cuidados paliativos deverão ser parte integrante do sistema de saúde, promovendo uma intervenção técnica que requer formação e treino específico obrigatórios por parte dos profissionais que os prestam, tal como a obstetrícia, a dermatologia, a cirurgia ou outra área específica no âmbito dos cuidados de saúde;
- Os cuidados paliativos são cuidados preventivos: previnem um grande sofrimento motivado por sintomas (dor, fadiga, dispneia), pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e terminal, e reduzem o risco de lutos patológicos. Devem assentar numa intervenção interdisciplinar em que pessoa doente e família são o centro gerador das decisões de uma equipa que idealmente integra médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais;
- Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte (e este período pode ser de semanas, meses ou algumas vezes anos), sendo profundamente rigorosos, científicos e ao mesmo tempo criativos nas suas intervenções; e
- Os cuidados paliativos centram-se na importância da dignidade da pessoa ainda que doente, vulnerável e limitada, aceitando a morte como uma etapa natural da VIDA que, até por isso, deve ser vivida intensamente até ao fim. (APCP, 2016b)

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº52/2012 de 15 de Setembro) que criou a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) define CP como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”.

Os cuidados paliativos assentam em princípios fundamentais para a sua estrutura de suporte, contemplando obrigatoriamente a eficácia, a efetividade, a eficiência e a prática baseada na evidência. Barbosa e Neto (2010c) apresentam em consonância com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (DGS, 2004) alguns princípios fundamentais, em resposta às necessidades geradas pelo sofrimento associado à doença no doente e na família:

- Os cuidados são integrais, totais e continuados, e têm em conta os aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, controlando a dor e todos os sintomas geradores de sofrimento;
- Afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural, não a atrasando nem antecipando;
- A unidade a cuidar é o doente e a família, indissociáveis, sempre com uma abordagem sistémica;
- O conforto, a qualidade de vida, a promoção da dignidade e adaptação às perdas sentidas são objetivos nucleares da intervenção em cuidados paliativos, podendo desta forma influenciar-se positivamente o curso da doença, pelo que estes cuidados devem ser implementados precocemente no curso desta, em conjugação com outras terapias vocacionadas para o aumento de tempo de vida;
- Os cuidados devem ser ativos, reabilitadores e promotores da autonomia, proporcionando um sistema de suporte que ajude os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte, sempre com utilização de trabalho de equipa para abordar as necessidades do doente e família, incluindo o processo de luto;
- Proporcionam um sistema de suporte e de ajuda à família para que esta consiga lidar com a doença do seu ente e com o seu próprio luto;
- Devem ser norteadas por critérios de efetividade, eficiência e eficácia e sempre suportados por evidência científica e com alocação racional de recursos.

A Lei de Bases de Cuidados Paliativos apresenta-nos os princípios pelos quais os cuidados paliativos se regem, sendo eles:

- a) Afirmção da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;



- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- h) Continuidade de cuidados ao longo da doença.

Estes princípios constituem um compromisso ético-profissional que deve estar presente em todos os recursos e indivíduos que trabalham na prestação de cuidados paliativos, estando adjacente a filosofia pela qual se entende e se preconiza que estes cuidados se dirigem e se foquem mais no doente do que na doença, aceitando o normal decurso da vida/morte apostando e promovendo a melhoria da qualidade de vida, do que na cura impossível da doença. (Neto e Barbosa, 2010d)

Segundo Barbosa e Neto (2010e) há ainda uma questão dicotómica, ainda presente atualmente, que é a ideia do “quando já não há cura já não há nada fazer...”. Pacheco, (2002, citando Persini) afirma que “*o que se pretende no dia a dia dos cuidados paliativos é ultrapassar uma noção dicotómica – ainda muito em voga – de que, uma vez terminadas as terapêuticas de índole curativa, o que classicamente falado, em linguagem médica, período de “investimento”, se assume que “não vale a pena investir” e só então se iniciaria recurso aos cuidados paliativos.*”

Deste modo, torna-se fulcral uma “*transição progressiva e colaboração entre os cuidados ditos curativos e aqueles de índole paliativa. Defende-se hoje que, com vista à maximização da qualidade de vida do doente, a introdução dos cuidados paliativos se faça tão precocemente quanto possível no decurso de uma doença crónica e ou grave.*” (Doyle, 2004, citado por Barbosa e Neto, 2010f)

Pretende assim uma interpenetração entre ambos os tipos de cuidados (curativos e paliativos), tendo sempre presente que embora a cura não seja possível, o investimento médico e de outros profissionais se baseie na promoção do conforto e da maximização da qualidade de vida, em qualquer fase da doença.

Importa aqui referir que não só os doentes incuráveis e avançados que poderão receber cuidados paliativos. *“A existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado dessa forma justificar cuidados paliativos.”*(Neto e Barbosa, 2010g). No entanto, no PNCP (DGS,2004) são referidos apenas os doentes que não têm perspectiva de cura, como destinatários destes cuidados.

É relevante também fazer aqui um parentese sobre a diferença entre doente paliativo e doente agónico. Doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de cuidados de saúde, associados ao sofrimento intrínseco á doença, apresentando em média uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses. Os doentes agónicos, sendo doentes terminais, são doentes que pelo estado clínico, se encontram nas ultimas horas ou dias de vida. (Servei Catalá de la Salud, 1995, citado por Barbosa e Neto,2010h)

Um doente pode necessitar de cuidados paliativos, por sofrimento acentuado e/ou impossibilidade de cura, e não estar ainda numa situação de doença terminal. A abrangência dos cuidados paliativos ultrapassa, assim, a fase de doente terminal. (Barbosa e Neto, 2010i).

No caso dos doentes oncológicos, nos últimos meses de vida vai se sucedendo uma degradação progressiva do estado de saúde, enquanto que nos doentes não oncológicos, devido a imprevisibilidade e maior duração da doença, essa degradação é sucedida por agudizações e de forma mais lenta (Barbosa e Neto, 2010j).

## **1.2 Breve resumo histórico**

Os progressos da medicina trouxeram uma maior esperança média de vida da população e, conseqüentemente, um aumento de doenças crónicas. A medicina curativa deixou de fazer sentido para este tipo de doentes, surgindo então os Cuidados Paliativos para fazer face às suas necessidades, atuando no sentido da promoção do conforto e qualidade de vida, bem como no apoio às famílias no processo de doença, morte e luto. (Neto e Barbosa, 2010k)

Neto e Barbosa (2010l) afirmam que *“o facto de se passar a viver mais tempo não implicou, no entanto, que se passasse a morrer melhor. A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças, a sofisticação dos meios utilizados,*

*levou de algum modo, a uma cultura de “negação da morte”, de “triumfalismo heroico sobre o mesmo”, de “ilusão plena sobre o controlo da doença”, relegando para segundo plano as intervenções na saúde que, longe de garantir a cura, promovessem um final de vida condigno”.*

Contudo, a morte continua a ser a coisa mais certa na vida do ser humano, independentemente dos grandes progressos da medicina. Por isso, torna-se imperativo investir numa “boa morte”, olhando o indivíduo de uma forma holística, que necessita de um acompanhamento profissional multidisciplinar, atuando não só no controlo de sintomas, mas também proporcionar-lhe um apoio social, psicológico, emocional e espiritual.

Desde o século XIX que diversos grupos, maioritariamente religiosos, se dedicavam aos cuidados dos moribundos e mais carenciados, “numa tentativa meritória de ultrapassar alguma negligência de que estes eram alvo pela própria sociedade”. (Clark, 2001, citado por Neto e Barbosa, 2010m)

A desresponsabilização de cuidados de saúde que eram prestados aos doentes crónicos e incuráveis encarando-os como “doentes a quem já não havia nada a fazer” e a desumanização da medicina moderna levaram ao surgimento do movimento moderno dos cuidados paliativos, iniciado em Inglaterra na década de 60 do século XX, tendo como pioneiras mulheres como Cicely Saunders em Inglaterra, e um pouco mais tarde, Elisabeth Kubler-Ross nos EUA. (Kearney, 2000 citado por Neto e Barbosa 2010n)

Cicely Saundres apresenta-nos o conceito de dor total associada à necessidade de cuidados paliativos, dor esta que resulta da combinação de fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que atuam na pessoa em fim de vida, na sua totalidade.

Em Portugal, os Cuidados Paliativos surgiram muito mais tarde comparativamente com outros países, sendo o Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO) a primeira instituição a proporcionar este tipo de cuidados em 1994(Serviço de Cuidados Paliativos, IPO)

Em 1995 é fundada a Associação Nacional de Cuidados Paliativos, denominando-se hoje de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP).

Em 2004 é criado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), considerando que estes cuidados estão reconhecidos como um elemento essencial

dos cuidados de saúde que requer apoio qualificado, como uma necessidade em termos de saúde pública, como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais e como uma obrigação social.

Em 2012 é instituída a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei 52/2012, de 5 de setembro), que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde.

A base XI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, estabelece que a coordenação da RNCP é assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, a nível nacional, e pelas Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS, I.P.), a nível regional, remetendo para diploma posterior a regulamentação da coordenação da RNCP a nível nacional e regional.

Neste sentido, o Decreto-lei n.º 173/2014 de 19 de novembro bem fazer a regulamentação da base XI da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro), que diz respeito à coordenação da RNCP. Procede ainda a alguns ajustamentos à Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e às orgânicas da ACSS, I.P., e das ARS, I.P., a fim de acolher a RNCP e prever a respetiva coordenação, a nível nacional e a nível regional, no quadro da orgânica do Ministério da Saúde. O presente decreto-lei adapta, ainda, a orgânica da ACSS, I.P., de modo a acolher as novas atribuições que, entretanto, lhe foram conferidas no âmbito das terapêuticas não convencionais a que se refere a Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, e da prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, previstos na Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.

A Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro trouxe alterações ao nível da caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais; às condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos. A RNCP passa a ser coordenada, a nível regional, pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde, através de um profissional de saúde com formação em cuidados paliativos que integre as Equipas Coordenadoras Regionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A Portaria n.º 165/2016 de 14 de junho veio trazer alterações à portaria anteriormente publicada no sentido de implementar uma coordenação regional da

RNCP, com o objetivo de promover a criação dos serviços de cuidados paliativos que prestem suporte aos três níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados) e a melhoria contínua da sua qualidade de acordo com o previsto na Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

A RNCP passa a ser coordenada, a nível regional, pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde, através de um profissional de saúde de reconhecida competência em cuidados paliativos, assessorado por um Grupo Técnico de Apoio, o qual deve articular -se com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), as instituições hospitalares e as estruturas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nomeadamente as Equipas Coordenadoras Regionais.

### ***1.3. Serviços de Saúde existentes***

Para melhor compreender a organização dos cuidados paliativos é fundamental caracterizar os serviços de saúde destinados a doentes que necessitam destes e suas famílias.

Vamos de seguida expor o tipo de serviços existentes, nomeadamente equipas locais operacionalizadas pela RNCP, tomando como referência a legislação mais recente nesta matéria.

Existem os seguintes tipos de equipas locais de CP:

- Unidades de cuidados paliativos (UCP);
- Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP); e
- Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

As equipas locais encontram -se integradas na RNCP e articulam -se entre si e com outros serviços e equipas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forma a assegurar a continuidade de cuidados de que o doente necessita. As equipas locais de âmbito hospitalar podem organizar-se em termos de resposta assistencial, de forma integrada, agregando as valências de cuidados paliativos,

nomeadamente a equipa de apoio intra-hospitalar unidade de internamento, quando existente, hospital de dia, consulta externa e consulta domiciliária.

As Unidades de Convalescença, as Unidades de Média Duração e Reabilitação, as Unidades de Longa Duração e Manutenção e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da RNCCI, devem articular-se com as equipas locais de cuidados paliativos para assegurar a prestação de ações paliativas. Antes de caracterizar cada uma das Unidades e Equipa Locais de Cuidados Paliativos, é relevante analisar as competências das mesmas. Compete às equipas locais no seu âmbito de referência:

- a) Proceder à admissão ou readmissão dos doentes com necessidade de cuidados paliativos;
- b) Articular com as outras equipas locais a afetação ou a transferência de doentes, tendo em vista a prestação de cuidados paliativos eficazes, oportunos e eficientes àqueles que, independentemente da idade e patologia, deles necessitem;
- c) Definir e concretizar, em relação a cada doente, um plano individual de cuidados;
- d) Divulgar junto da população a informação sobre cuidados paliativos e acesso à RNCP;
- e) Articular-se com os outros prestadores de cuidados de saúde, na sua área de influência.

- ***Unidade de Cuidados Paliativos***

A UCP é um serviço específico de tratamento em regime de internamento para doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa.

A UCP deve estar integrada num hospital ou noutra unidade de saúde do setor público, social ou privado. Podem diferenciar-se em função de patologias específicas, nomeadamente na área das doenças oncológicas, neurológicas rapidamente progressivas, da infeção VIH/SIDA e na área pediátrica. Estas UCP's podem diferenciar-se ainda em razão do desenvolvimento de atividades de docência e de investigação, devendo neste caso estar sediadas em hospitais centrais ou universitários.

Os serviços assegurados pelas UCP são:

- a) Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- b) Intervenção psicológica para doentes, familiares e profissionais;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;
- e) Intervenção espiritual;
- f) Exames complementares de diagnóstico;
- g) Prescrição e administração de fármacos que constem do Formulário Nacional de Medicamentos, no respeito pelas normas de orientação clínica da Direção-Geral da Saúde;
- h) Higiene, conforto e alimentação;
- i) Convívio e lazer;
- j) Formação em cuidados paliativos; e
- k) Assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde, designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a UCP se encontra integrada.

- ***Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos***

A EIHSCP é uma equipa multidisciplinar, dotada de recursos específicos.

A EIHSCP presta:

- a) Aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias;
- b) Assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.

A EIHSCP articula-se e complementa-se com outras unidades e equipas da instituição de saúde onde se encontra integrada. A EIHSCP assegura, designadamente:

- a) Consulta e acompanhamento de doentes internados na instituição de saúde onde se encontra integrada;
- b) Intervenção psicológica para doentes, profissionais e familiares;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;
- e) Intervenção espiritual;
- f) Assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a EIHSCP se encontra integrada;
- g) Formação em cuidados paliativos.

- ***Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos***

A ECSCP é uma equipa multidisciplinar, dotada de recursos específicos que pode estar integrada nos ACES ou nas estruturas das Unidades Locais de Saúde.

A ECSCP presta cuidados domiciliários de modo a garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar. A ECSCP desenvolve a sua atividade de forma autónoma do ponto de vista técnico, em estreita articulação com as diferentes unidades e equipas de saúde e apoio social que prestam cuidados ao doente.

A ECSCP depende do Conselho Clínico e de Saúde do ACES onde se encontra integrada. Nas situações em que os ACES não possuem capacidade para constituir uma ECSCP e até que a mesma se venha a constituir, as equipas de cuidados paliativos do hospital de referência do ACES podem prestar cuidados paliativos domiciliários em estreita articulação com os profissionais desse ACES, incluindo das ECCL.

A ECSCP assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- b) Intervenção psicológica;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;



- e) Intervenção espiritual;
- f) Apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, às unidades e equipas da rede nacional de cuidados continuados integrados e a outras instituições onde o doente resida;
- g) Tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos, de acordo com o nível de diferenciação da equipa;
- h) Prevenção e intervenção na exaustão emocional dos profissionais de saúde;
- i) Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;e
- j) Formação em cuidados paliativos.

#### ***1.4. O acesso aos Cuidados Paliativos – metas e realidades***

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos apresentou a sua visão dos cuidados paliativos em Portugal e enumerou um conjunto de recomendações, propostas ao Ministério da Saúde, implementáveis a curto, médio e longo prazo. Apresenta também as estimativas quanto aos doentes que poderão necessitar de cuidados paliativos e mostra quantas UCP's, EIHCP's e ECSCP's existem atualmente. É sobre esses dados que nos vamos aqui debruçar no sentido de perceber se estamos longe do ideal quanto ao número de unidades e equipas necessárias por percentagem da população.

**Tabela 1** - Estimativa dos doentes falecidos com necessidades paliativas.

Distrito/Região	N.º de óbitos	Doentes paliativos		
		Mínimo	Máximo	Média
Aveiro	6 406	4 420	5 253	4 837
Beja	2 121	1 463	1 739	1 601
Braga	6 215	4 288	5 096	4 692
Bragança	1 856	1 281	1 522	1 402
Castelo Branco	2 738	1 889	2 245	2 067
Coimbra	4 858	3 352	3 984	3 668
Évora	2 159	1 490	1 770	1 630
Faro	4 689	3 235	3 845	3 540
Guarda	2 418	1 668	1 983	1 826
Leiria	5 128	3 538	4 205	3 872
Lisboa	20 815	14 362	17 068	15 715
Portalegre	1 839	1 269	1 508	1 389
Porto	14 982	10 338	12 285	11 312
Santarém	5 590	3 857	4 584	4 221
Setúbal	8 386	5 786	6 877	6 332
Viana do Castelo	2 742	1 892	2 248	2 070
Vila Real	2 480	1 711	2 034	1 873
Viseu	4 315	2 977	3 538	3 258
Açores	2 316	1 598	1 899	1 749
Madeira	2 732	1 885	2 240	2 063
<b>TOTAL</b>	<b>104 785</b>	<b>72 299</b>	<b>85 923</b>	<b>79 117</b>

Fonte: INE, 2014

**Fonte:** Desenvolvimento dos CP em Portugal, APCP, fevereiro de 2016

A tabela 1, acima apresentada, mostra-nos uma estimativa dos doentes falecidos que teriam necessidade de cuidados paliativos. Podemos concluir que, em Portugal, existiu um número bastante significativo de doentes que teriam necessidades paliativas, número esse que varia entre os 72 999 e 85 923.

A European Association for Palliative Care, recomenda como requisitos mínimos das diferentes tipologias de serviços, os seguintes:

- 80-100 camas de internamento por milhão de habitantes, sendo que 30% desta deverão estar em instituições de agudos e as restantes em tipologias de não agudos;
- Uma EIHSCP, por cada hospital, no mínimo uma para cada hospital com 250 camas;
- Uma ECSCP por 100 mil habitantes, funcionando 24 horas/dia. (APCP,2016)

A APCP na sua proposta de desenvolvimento de cuidados paliativos em Portugal, tomando por base o estipulado pela European Association for Palliative Care e os dados do INE de 2014, afirma que seriam necessárias as seguintes equipas e unidades:

- 830 a 1037 camas, sendo que estas, 249 a 311, devem estar em instituições de agudos e 581 a 726 em não-agudos;
- 98 EIHSCP; e
- 104 ECSCP

Atualmente, a realidade dos Cuidados Paliativos em Portugal está longe do que seria necessário na visão da APCP. Podemos verificar este facto ao observar as Tabelas que se seguem (Tabela 2, 3 e 4) que apresentam as Unidades e Equipas existentes na realidade e, consequentemente, a baixa taxa de cobertura referente aos serviços disponíveis.

**Tabela 2** – Camas de Cuidados Paliativos, Ratios e Taxa de Cobertura (%) , janeiro de 2016

Distrito Região	População	Nº cama totais			Nº camas em Inst. Agudos			Nº camas em Inst. Não-Agudos		
		Atuais	Ratio	Cobertura	Atuais	Ratio	Cobertura	Atuais	Ratio	% Cobertura
Aveiro	702 943	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
Beja	144 164	6	41.6	46.2	0	0.0	0.0	6	41.6	66.7
Braga	839 634	10	11.9	13.2	0	0.0	0.0	10	11.9	18.9
Bragança	129 809	17	131.0	141.7	0	0.0	0.0	17	131.0	212.5
C. Branco	186 830	10	53.5	58.8	0	0.0	0.0	10	53.5	83.3
Coimbra	414 622	38	91.7	102.7	20	48.2	181.8	18	43.4	69.2
Évora	159 861	8	50.0	53.3	0	0.0	0.0	8	50.0	80.0
Faro	444 594	10	22.5	25.0	0	0.0	0.0	10	22.5	35.7
Guarda	152 265	11	72.2	78.6	0	0.0	0.0	11	72.2	110.0
Leiria	462 056	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
Lisboa	2 235 348	80	35.8	39.6	0	0.0	0.0	80	35.8	56.7
Portalegre	112 084	5	44.6	50.0	0	0.0	0.0	5	44.6	71.4
Porto	1 788 899	56	31.3	34.8	40	22.4	83.3	16	8.9	14.2
Santarém	441 789	15	34.0	37.5	0	0.0	0.0	15	34.0	53.6
Setúbal	852 498	52	61.0	67.5	8	9.4	34.8	44	51.6	81.5
V. Castelo	237 997	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
Vila Real	198 630	12	60.4	66.7	12	60.4	240.0	0	0.0	0.0
Viseu	365 760	20	54.7	60.6	0	0.0	0.0	20	54.7	87.0
Açores	246 353	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
Madeira	258 686	9	34.8	37.5	9	34.8	128.6	0	0.0	0.0
<b>Total</b>	<b>10 374 822</b>	<b>359</b>	<b>34.6</b>	<b>38.2</b>	<b>89</b>	<b>8.6</b>	<b>31.4</b>	<b>270</b>	<b>26.0</b>	<b>41.2</b>

Fonte: INE (2014), APCP e ACSS

**Fonte:** Desenvolvimento dos CP em Portugal, APCP, fevereiro de 2016

No que diz respeito às Unidades de Internamento no serviço público, podemos verificar que existem 27 com um total de 359 camas, sendo que na tipologia de agudos existem apenas 5 unidades com 89 camas e na tipologia de não-agudos 270 camas.

Como acima referimos, segundo a APCP, para uma real satisfação das necessidades seria crucial a existência de 830 a 1037 camas, sendo que destas 249 a 311 deviam estar em instituições de agudos e 581 a 726 em não-agudos.

Posto isto, é-nos possível concluir, e comparando estes dados com os da tabela 2, que existe, de facto, uma carência ao nível dos serviços de internamento (número de camas disponíveis). Por aqui se justifica a existência de uma baixa taxa de cobertura (38,2%).

**Tabela 3** – EIHSCP , Ratio (:hospital) e Taxa de Cobertura (%) janeiro de 2016

Distrito/Região	Reais	Ratio	Cobertura
Aveiro	2	0.2	22.2
Beja	1	0.5	50.0
Braga	1	0.2	20.0
Bragança	1	0.3	33.3
Castelo Branco	1	0.3	33.3
Coimbra	2	0.3	28.6
Évora	0	0.0	0.0
Faro	2	0.5	50.0
Guarda	0	0.0	0.0
Leiria	0	0.0	0.0
Lisboa	6	0.3	33.3
Portalegre	2	1.0	100.0
Porto	8	0.6	57.1
Santarém	0	0.0	0.0
Setúbal	4	0.8	80.0
Viana do Castelo	1	0.5	50.0
Vila Real	1	0.3	33.3
Viseu	0	0.0	0.0
Açores	1	0.3	33.3
Madeira	1	0.5	50.0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>0.4</b>	<b>35.1</b>

Fonte: INE (2014), APCP e ACSS

**Fonte:** Desenvolvimento dos CP em Portugal, APCP, fevereiro 2016

Relativamente as EIHSCP's (tabela 3), em Portugal existem apenas 34, o que apresenta apenas 35.1% de cobertura destes serviços. O estipulado como necessário pelo estudo da APCP seria 98 EIHSCP's, o que se nos permite concluir que estamos muito longe do necessário para dar resposta a todos os doentes.

**Tabela 4** – ECSCP, Ratios (:10 hab) e Taxa de Cobertura (%), janeiro de 2016

Distrito/Região	Reais	Ratio	Cobertura
Aveiro	0	0.00	0.0
Beja	2	1.39	200.0
Braga	0	0.00	0.0
Bragança	3	2.31	300.0
Castelo Branco	0	0.00	0.0
Coimbra	1	0.24	25.0
Évora	0	0.00	0.0
Faro	2	0.45	50.0
Guarda	0	0.00	0.0
Leiria	0	0.00	0.0
Lisboa	2	0.09	9.1
Portalegre	0	0.00	0.0
Porto	4	0.22	22.2
Santarém	0	0.00	0.0
Setúbal	1	0.12	11.1
Viana do Castelo	1	0.42	50.0
Vila Real	0	0.00	0.0
Viseu	0	0.00	0.0
Açores	1	0.41	50.0
Madeira	1	0.39	33.3
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>0.17</b>	<b>17.5</b>

Fonte: INE (2014), APCP e ACSS

**Fonte:** Desenvolvimento dos CP em Portugal, APCP, fevereiro 2016

Como podemos ver na tabela 4 acima representada, atualmente existem apenas 18 ECSCP's, e apenas uma delas funcione 24h/dia, representado apenas 17.5% de cobertura das necessidades. Tendo em conta o estipulado pelo estudo da APCP, para colmatar todas as necessidades deveriam existir 104 equipas comunitárias

Também Capelas (2009) realizou um estudo apresentando uma proposta para Portugal. No seu estudo, com dados relativos ao ano 2007, calculou que 63 000 doentes tiveram necessidade de cuidados paliativos.

Este autor afirmou que, para dar resposta a todos os doentes que necessitam de cuidados paliativo “*Serão necessárias 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários, constituídas por 266 médicos e 465 enfermeiros, 102 equipas de suporte intra-hospitalar que incluem 204 médicos e 357 enfermeiros, 1062 camas distribuídas por diferentes tipologias de recursos, 319 (28 unidades) em instituições de agudos, 531 (46 unidades) em instituições de crónicos, para as quais se necessita de cerca de 200 médicos e 490 enfermeiros/ dia. As restantes necessidades de camas poderão ser resolvidas em lares.* (Capelas, 2009)

### 1.5. Serviço Social e Saúde

*“A relação entre o serviço social e a saúde não é recente, faz parte da própria identidade da profissão de assistente social”* (Carvalho, 2012a).

A história do Serviço Social na saúde remonta ao ano de 1903, quando Dr.º Cabot convidou Garner Isabel Pelton, trabalhadora social médica formada em cuidados domiciliários, para um lugar pioneiro no atendimento hospitalar, na sua clínica de medicina, no Massachussets General Hospital, em Boston. Em 1905 foi implementado oficialmente o termo trabalho social médico neste hospital. (Carvalho, 2012b)

Em 1917, Ida M. Cannon, uma das figuras chave do Serviço Social na saúde, publicava “Social Work in Hospitals: A contribution to progressive Medicine”, um tratado sem precedente, no qual relaciona as doenças com as intervenções em termos de serviço social hospitalar. Nesse mesmo ano, Mary E. Richmond publicava Social Diagnosis, o livro básico para o Serviço Social, em geral, e de Saúde em específico. (Carvalho, 2012c).

Gordon Hamilton (1931 citado por Carvalho, 2012d), abordou o Serviço Social Hospitalar, refletindo sobre o *casework* e assinalando a necessidade de conhecer o que de social tinha afetado e contribuído para a doença, que podia afetar e contribuir para a recuperação, apontando que todos os aspetos de *casework* estavam condicionados pela doença ou pela condição médica, sendo que o *casework* devia ter em conta estes aspetos na intervenção.

Em 1941, nasce o Serviço Social Hospitalar nos Hospitais Universitários de Coimbra, em 1942, em Lisboa o Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos e, em 1948, no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa, alargando posteriormente a outros estabelecimentos de Saúde. (Carvalho 2012e).

A publicação da reforma hospitalar de 1968, nos Decretos nº48 357 e 48 358, vem especificar a situação do Serviço Social. Nestes diplomas, em que o Hospital é caracterizado como “*serviço de ação médico-social da comunidade, dando primado á pessoa doente como razão de ser e objetivo final da instituição*” consagra-se definitivamente a importância do Serviço Social, definindo as suas finalidades e funções, bem como a sua posição no organograma hospitalar.

No decreto-lei n.º 48 357, de 27 de abril de 1968, sublinha-se uma definição possível de Serviço Social na Saúde como aquele que estabelece “as

relações entre as necessidades pessoais e familiares e os casos de doença”, desempenhando um papel na investigação das “Técnicas médicas sociais”.

O decreto-lei n.º296/91, de 16 de agosto, reconhece a licenciatura e cria a carreira de técnico Superior de Serviço Social. Tal como outras profissões, também a intervenção do assistente social segue um Código de Ética adotado pela Federação Internacional dos Assistentes Sociais (FIAS), o qual estabelece os direitos humanos e a justiça social como princípios fundamentais da atuação destes profissionais.

A profissão de Serviço Social promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço e emancipação das pessoas para promoção do bem-estar. Ao utilizar teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, o Serviço Social intervém nas situações em que as pessoas interagem como seu meio. Os princípios dos direitos humanos e da justiça social são fundamentais para o Serviço Social. (Associação de Profissionais de Serviço Social, 2007)

Em 2002, com a Circular Normativa n.º8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde de 16 de Maio de 2002, são estabelecidas as funções dos assistentes sociais, que ainda hoje se mantém nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde . O documento estabelece que os assistentes sociais se reportam ao respetivo órgão dirigente máximo e agrupa 10 funções:

- ✓ Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social;
- ✓ Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;
- ✓ Proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de investigação social;
- ✓ Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estabelecimentos;
- ✓ Definir, elaborar, executar, e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área da influencia dos respetivos serviços e estabelecimentos;

- ✓ Analisar, seleccionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e de investigação,
- ✓ Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;
- ✓ Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às necessidades;
- ✓ Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento, para melhorar garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;e
- ✓ Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social.

O Serviço Social é uma “profissão insubstituível cuja intervenção tem por objetivo reabilitar os laços e as relações sociais que constituem o tecido social.”. Esta Acção profissional proporciona “a cada um, qualquer que seja o seu handicap encontrar ou reencontrar um lugar no corpo social, um reconhecimento, um status, uma identidade, que respeite o sentido da sua cidadania.”. (Pires, 2000).

Atualmente o Serviço Social mantém-se muito presente em Portugal na área da saúde. Na tabela 5 podemos ver o número de técnicos superiores ao serviço nos hospitais, em Portugal e no Continente, por tipo de hospital.



**Tabela 5-** Número de técnicas/os superiores de saúde e outras/os técnicas/os superiores ao serviço nos hospitais, em Portugal e no continente, por tipo de hospital, segundo o ramo de atividade.

Distribuição geográfica e tipo de hospital	Pessoal técnico superior de saúde e outro pessoal técnico superior (não médico)							
	Total	Gestão	Farmácia	Laboratório	Nutrição	Psicologia clínica	Serviço social	Outros
<b>PORTUGAL</b>	<b>5 326</b>	<b>894</b>	<b>659</b>	<b>315</b>	<b>119</b>	<b>517</b>	<b>666</b>	<b>2 156</b>
Oficial	4 327	553	554	303	87	395	586	1 849
Público	4 268	545	540	298	84	381	583	1 837
Não público	59	8	14	5	3	14	3	12
Privado	999	341	105	12	32	122	80	307
<b>Continente</b>	<b>4 928</b>	<b>856</b>	<b>621</b>	<b>289</b>	<b>112</b>	<b>470</b>	<b>620</b>	<b>1 960</b>
Oficial	4 001	539	520	277	81	365	552	1 667
Público	3 942	531	506	272	78	351	549	1 655
Não público	59	8	14	5	3	14	3	12
Privado	927	317	101	12	31	105	68	293

**Fonte:** INE, Estatísticas de Saúde 2014, edição 2016.

A partir da tabela 5 podemos concluir que em Portugal, trabalham nos hospitais no total 666 técnicos superiores de Serviço Social, 583 no sector público, 3 no não-público e 80 no sector privado. No total dos 666 técnicos superiores se serviço social, 620 laboram no Continente, 549 num hospital público, 3 num hospital não público e 68 nos hospitais privados.

*O acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade de cuidados* são momentos metodológicos identificados na intervenção do assistente social, sendo que a especificidade da sua ação em cada tipo de serviço depende da natureza da doença e estágio da sua evolução, bem como da vocação da instituição dos tipos de cuidados e serviços que presta e dos tempos de internamento/acompanhamento que tem previsto. (Lopes, 2011a)

O acolhimento pressupõe uma entrevista de recolha de dados para elaboração de um pré-diagnóstico social. E geralmente, aplicam-se diversos tipos

de acolhimento consoante as áreas clínicas em que o profissional se encontra inserido.

- *Acolhimento sistemático* – realizado a todos os doentes dos serviços e internamento/serviços e ambulatório onde, por razões de ordem biopsicossocial, se considera fundamental iniciar o planeamento da alta o mais precocemente possível.
- *Acolhimento por triagem de indicadores críticos* – realizado por critérios pré-definidos para abordagem de cada doente, podendo ser aplicado pelos próprios AS, ou por outros profissionais que, posteriormente sinalizam o Serviço Social.
- *Acolhimento em regime de chamada* – realizado em todas as situações sinalizadas pelos demais profissionais. Nesta fase, o AS presta apoio à integração do doente e família/cuidador do meio hospitalar, prestando informações nomeadamente, sobre direito e deveres, sendo que procede, essencialmente, à recolha de informação pertinente para a preparação da alta e continuidade de cuidados. . (Lopes, 2011b)

A elaboração do plano individual de cuidados deverá ser preparada com a equipa multidisciplinar, havendo partilha de informação de âmbito clínico e psicossocial e tendo em consideração as especificidades psicossociais, espirituais e religiosas do doente e família/cuidador na elaboração no plano de cuidados. (Lopes, 2011c)

O acompanhamento psicossocial deverá ser prestado junto do doente e/ou cuidador através da prestação:

- Suporte emocional;
- Suporte ao doente e/ou cuidados;
- Suporte ao doente e/ou cuidados, no desenvolvimento da coesão familiar;
- Incentivo e estímulo à adesão ao ensino/aprendizagem tanto do doente como do familiar e cuidador, ou na falta destes, de outras pessoas, tendo em conta a continuidade dos cuidados;
- Informação, orientação, e capacitação dos doentes e familiares/cuidadores no âmbito da proteção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral;
- Capacitação do doente e/ou cuidador para uma gestão eficaz da doença,

nomeadamente na maximização dos recursos pessoais e comunitários e na integração dos cuidados;

- Exercício de advocacia em favor do doente em família/cuidador, e relativamente ao acesso a prestações sociais e ou serviços;
- Provisão dos meios necessários ao contacto, regresso ou ingresso, em unidade de saúde, em situações programadas ou de urgência;
- Incentiva a reinserção profissional ou escolar do doente e/ou promoção da sua participação em atividades adaptadas ao seu estado de saúde;
- Orientação dos doentes e cuidadores para serviço de apoio especializado; e
- Preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado. (Lopes, 2011d)

A preparação da continuidade de cuidados consiste na identificação em equipa e com o doente e/ou cuidador, das necessidades diversas decorrentes da situação de doença, bem como das dimensões psicossociais, individuais e familiares presentes, decorrentes da situação de doença e ou dependência da necessidade da continuidade dos cuidados. Integra, igualmente, a negociação com o doente e cuidador para elaboração do plano individual de cuidados e organização da prestação dos mesmos: definição de objetivos e tempos previsto, identificação dos intervenientes profissionais e institucionais da prestação dos cuidados ou serviços. Com o doente e/ou com o cuidador é necessário identificar a existência de todos os recursos necessários à alta do doente, verificar o entendimento feito pelo doente e/ou cuidados do plano de cuidados e facilitar ao doente ou cuidador a elaboração de notas escritas sobre o plano a seguir. (Lopes, 2011e)

Segundo Carvalho (2012f) *a intervenção dos assistentes sociais nos serviços de internamento, pela centralidade que coloca a dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, visa a humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada unidade de internamento.*”

### ***1.6. Serviço Social nos Cuidados Continuados e Paliativos***

O Decreto-Lei nº101/2006 de 16 de julho criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do trabalho e da Solidariedade Social, aparecendo o Assistente Social como um dos elementos que integram as equipas. A profissão é chamada a intervir numa perspetiva multidisciplinar integrada em equipas de planeamento das altas, acesso aos cuidados no domicílio e na gestão das unidades e no acompanhamento e reabilitação dos doentes e das famílias na comunidade. (Carvalho, 2012g).

A Direção-Geral de Saúde elaborou a 7 de julho de 2006 o “Manual de Boas Práticas Para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” com o intuito de proporcionar uma maior qualidade no desempenho dos Assistentes Sociais que exercem atividades no âmbito dos Cuidados Continuados.

Este Manual de Boas Práticas aponta como finalidades da ação do assistente social, garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e familiares na RNCCI, e intervindo como:

- ❖ Facilitador da integração dos utentes nos serviços de saúde. (fomentar a prestação integral e integrada dos cuidados, assegurando o acompanhamento e o cumprimento do plano individual de cuidados flexível, contínuo e articulado)
- ❖ Gestor de caso e monitor da continuidade, integralidade e qualidade dos cuidados. (promover a manutenção, o reforço ou o restabelecimento das relações interpessoais do doente com a equipa, a família e as redes de sociabilidades)
- ❖ Mediador e fomentador das redes de suporte social e sua efetividade. (assegurar o apoio material e o suporte emocional à família)
- ❖ Provedor e conselheiro da família. (potenciar a reinserção social do doente no seu meio habitual de vida, com qualidade e suporte adequados.
- ❖ Mediador da prestação de bens e serviços ao doente e família. (contribuir para a efetividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS)

- ❖ Promotor da qualidade e humanização dos cuidados e serviços (motivar ou incentivar doentes, ex-doentes, familiares ou outros para a organização de ações de autoajuda e/ou voluntariado)
- ❖ Dinamizador de indivíduos e organizador de grupos. (potenciar a consciencialização dos cidadãos sobre as necessidades e as responsabilidades na saúde e na doença e fomentar a sua capacitação para uma participação ativa na melhoria dos serviços e dos cuidados)
- ❖ Capacitador de populações e organizador de comunidades.

O Manual de Boas Práticas apresenta-nos ainda as dimensões nucleares de desempenho do Assistente Social, nomeadamente:

- ✓ A Valorização da dimensão psicossocial - na recolha de informação sobre a situação; no planeamento, na execução e na avaliação da intervenção;
- ✓ Informação e advocacia - sobre direitos e sobre recursos sociais, bem como na promoção e concretização da articulação interinstitucional e intersectorial;
- ✓ Gestão de recursos - na coordenação casuística de recursos; no aconselhamento sobre custos ou taxas; no desenvolvimento e na criação de recursos comunitários;
- ✓ Planeamento da continuidade dos cuidados - na admissão em instituições; no planeamento de altas; nas transições de níveis de prestação de cuidados na RNCCI;
- ✓ Intervenção psicossocial - no aconselhamento; na adaptação à doença/perda; favorecendo ou apoiando grupos de suporte ou de autoajuda; nos apoios em fim de vida;
- ✓ Intervenção na crise - em episódios agudos ou de agudização de doença; em episódios de violência, negligência ou trauma; em alterações de vida decorrentes da tomada de conhecimento de diagnósticos ou de mortes;
- ✓ Educação – em programas dirigidos ao doente/família e/ou cuidadores; em formação multidisciplinar; em programas interdisciplinares e de educação comunitária;
- ✓ Colaboração multidisciplinar - em defesa/advocacia de doentes ou grupos de doentes; em trabalho de equipa; na ligação aos órgãos ou direções de instituições da Rede;
- ✓ Trabalho de Grupo - em função das necessidades e motivações de grupos de

utentes/doentes dos serviços de saúde; ações vocacionadas para a criação de trabalho voluntário ou de suporte ao já existente;

- ✓ Organização Comunitária - para a satisfação de necessidades dos cidadãos em prestação de cuidados ou serviços. Uso de metodologias de intervenção que visam o reforço ou o desenvolvimento do poder organizativo das populações na satisfação das suas necessidades e preveem a articulação e/ou cooperação entre recursos (públicos; privados lucrativos ou não lucrativos; formais ou informais), tendo em vista a prestação dos cuidados e dos serviços de proximidade necessários ao maior bem-estar, autonomia e inserção social ou socioprofissional dos doentes/dependentes.

### ***1.6.1 Desempenho do Assistente Social nas diferentes Unidades e Equipas de Cuidados Continuados e Paliativos***

#### **▪ Unidades de Internamento**

A intervenção dos assistentes sociais nos serviços de internamento, pela centralidade que coloca na dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, visa a humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada Unidade de Internamento.

O desempenho destes profissionais desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial ao doente e família, como ao da articulação dos serviços, internos e externos ao hospital, assegurando a ligação à rede de suporte ao doente e família, onde se inscreve o planeamento da alta. Este é o processo realizado com o doente e/ou familiar cuidador para verificar e decidir o que é necessário para uma transferência segura e serena do doente de um nível de cuidados para outro nível de cuidados.

Dada a complexidade que a alta hospitalar muito frequentemente reveste, a sua preparação deve começar o mais cedo possível. Quanto menor for a demora média de internamento prevista para os doentes das distintas Unidades de Internamento, tanto mais cedo deve começar a preparação da alta, pois uma alta mal planeada, baseado em falsas suposições ou incompletas informações, não resultará e levantará posteriormente dificuldades que terão consequências

negativas na evolução clínica do doente e na sobrecarga dos serviços de saúde.

O acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados são os quatro momentos metodológicos identificados na intervenção do Assistente Social e a seguir descritos, sendo que as especificidades da sua ação em cada tipo de Unidade dependem da natureza da doença e estadió da sua evolução, bem como da vocação da instituição, dos tipos de cuidados e serviços que esta presta e dos tempos de internamento que tem previstos.

No momento do **acolhimento**, o assistente social deve, junto dos doentes e/ou famílias proporcionar:

- ✓ **Suporte emocional** face à identificação e interpretação do doente e/ou família de perdas sofridas, facilitando a aceitação e capacitação para a superação das mesmas;
- ✓ **Apoio à integração** do doente e/ou família nas unidades de internamento, prestando informações, nomeadamente sobre direitos e deveres;
- ✓ **Gestão de expectativas** quanto ao tempo de internamento; aos benefícios disponíveis; às condições de vida após o internamento tendo em vista a preparação da alta: graus de autonomia física, mental, económico-financeira e socioprofissional ou escolar;
- ✓ **Apoio à adaptação à situação** de doença e/ou dependência do doente, disponibilizando informação sobre direitos sociais, tais como: subsídios na doença; isenções; acompanhamentos; transportes; alimentação; serviços voluntários; vida profissional/escolar;
- ✓ **Recolha de informação** pertinente à preparação da alta e continuidade dos cuidados, nomeadamente: nacionalidade e situação no País; língua, etnia, religião, especificidades culturais, escolaridade, profissão, situação profissional, local de residência, vizinhança, habitação, acesso à habitação, condições de habitabilidade, núcleo familiar, conviventes com ou sem possibilidade de serem identificados como familiar-cuidador.

No Gabinete de Trabalho o Assistente Social deve proceder a uma análise preliminar da situação, incluindo, designadamente, a identificação de fatores de Risco e efetuar uma recolha de referências junto de todos os outros elementos da equipa ou da rede de apoio.

Na realização do ***Plano Individual dos Cuidados*** é fundamental a sua preparação com a equipa onde é feita uma partilha de informação no âmbito clínico e psicossocial e são feitas considerações das especificidades psicossociais, espirituais e religiosas do doente e família na elaboração e gestão do plano de cuidados. Ainda com o doente e/familiar e /ou cuidador o Assistente Social deve confirmar os cuidados e tratamentos que têm previstos, esclarecer dúvidas e reforçar de informação sobre direitos e deveres de doentes e familiares, bem como acesso a serviços ou bens, elaborar o esquema de plano de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir.

No que diz respeito ao ***Acompanhamento psicossocial***, junto do doente e/ou família, o Assistente Social presta atenção e acompanhamento no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social, prestando:

- Suporte emocional ao doente e/ou família permitindo ou facilitando a expressão dos sentimentos e receios suscitados pela doença, pelo tratamento e suas consequências ou pela previsão da morte;
- Suporte ao doente e/ou família, ajudando-o(s) a enfrentar as mudanças provocadas pela doença e/ou tratamento, nomeadamente ao nível físico, emocional, comportamental, familiar, profissional, nas relações sociais, hábitos e estilos de vida;
- Suporte ao doente e/ou família no desenvolvimento da coesão familiar, na gestão de conflitos, na redistribuição de papéis, na seleção de estratégias, na melhoria da comunicação e na prevenção da exclusão do doente do seu sistema familiar;
- Incentivo e estímulo à adesão ao ensino/aprendizagem, tanto do doente como do familiar cuidador, ou, na falta deste, de outras pessoas, tendo em conta a continuidade dos cuidados;
- Informação, orientação e capacitação dos doentes e familiares no âmbito da proteção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral;
- Capacitação do doente e/ou família para uma gestão eficaz da doença, nomeadamente na maximização dos recursos pessoais e comunitários e na integração dos cuidados;
- Exercício de advocacia em favor do doente e família relativamente ao acesso a prestações sociais e/ou serviços;



- Provisão dos meios necessários ao contacto, regresso ou ingresso em unidade de saúde em situações programadas ou de urgência;
- Incentivo à reinserção profissional ou escolar do doente e/ou à promoção da sua participação em atividades ocupacionais adaptadas ao seu estado de saúde;
- Orientação dos doentes e familiares para serviços de apoio especializado, nomeadamente jurídico, psiquiátrico ou outros; e
- Preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado.

**Em Gabinete, será feita a avaliação da situação** na perspetiva da alta e da continuidade dos cuidados, a identificação de necessidades, dificuldades ou constrangimentos, bem como de recursos e potencialidades (socioeconómicas, culturais, de vizinhança ou outras) para a prestação dos cuidados necessários ao doente, tendo em conta a sua situação específica de doença, dependência, reabilitação e/ou reinserção possíveis; Avaliação da existência ou não de familiar ou outra pessoa com competências para ser cuidador: condições físicas, emocionais, de relacionamento e intimidade com o doente.

#### ▪ **Unidades de Ambulatório**

Tal como nas unidades de internamento, também nas unidades de ambulatório o desempenho dos assistentes sociais incide sobre o apoio psicossocial ao doente e família, promovendo a autonomia e a capacitação dos utentes para uma vida socialmente ativa, e na articulação e cooperação dos serviços da rede de suporte ao doente/dependente.

As especificidades do desempenho profissional são as que resultam do respeito pelas características da população utente, da missão da Unidade de prestação dos cuidados e da área geo-demográfica onde esta se situa, identificando-se igualmente quatro momentos no processo metodológico da intervenção: o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados, sempre que necessário.

Na fase do **acolhimento**, junto do doente e da família é necessário prestar um apoio na integração dos mesmos na instituição, fornecendo informação sobre o funcionamento da unidade, nomeadamente sobre as atividades e serviços que

esta disponibiliza; os cuidados que presta; as condições de participação e integração dos familiares; os meios de transporte que assegura, seus horários e condições de utilização. O profissional deve ainda fazer a gestão de expectativas quanto aos graus de recuperação, autonomia, reabilitação e reinserção sociofamiliar a obter, recolhendo informação pertinente ao processo de reinserção sociofamiliar e/ou profissional/escolar do doente/dependente e incentivando à participação da família nas atividades institucionais, sempre que aconselhável e possível.

No Gabinete de Trabalho deve proceder-se à análise preliminar da situação, incluindo, designadamente, a identificação de fatores de risco através da recolha de referências junto de todos os outros elementos da equipa e identificação da rede de integração e suporte ao doente e família: recursos familiares e de vizinhança; instituições e serviços comunitários.

Na construção do *plano individual de cuidados* deverá ser feita uma preparação Junto ao Doente e Familiar Cuidador, fazendo uma atualização e adequação do plano individual de cuidados tomando em consideração as particularidades psicossociais do doente/família na elaboração e gestão do plano de cuidados.

Ainda na fase do plano individual de cuidados é feito com a equipa, o doente e/ou familiar cuidador uma partilha multidisciplinar e intersectorial de informação de âmbito clínico e psicossocial, discute-se em equipa e com o doente/família dos cuidados a prestar e da evolução previsível dos mesmos tendo em consideração a articulação e cooperação dos serviços do SNS com os da Segurança Social; Ação Social das Autarquias e/ou outros para a satisfação das necessidades dos doentes e/ou dependentes da instituição.

No *Acompanhamento Psicossocial*, junto ao doente e familiar cuidador deve ser executada a manutenção da relação de ajuda que permite ao doente e à família exprimirem as suas emoções, expectativas e necessidades prestando um apoio ao doente e família na adaptação às alterações provocadas pela doença/dependência, ao nível físico, emocional, familiar, profissional ou escolar, nas relações sociais, hábitos e estilos de vida, estimulando ao desenvolvimento de novas competências, valorizando sempre as que se mantiveram, no sentido de que o doente continue com uma participação familiar e social ativas;

Faz-se ainda o reforço da informação ao doente e família, em articulação com os restantes profissionais da equipa, avalia-se o grau de satisfação do doente/família relativamente aos serviços e cuidados prestados e, nesta fase ainda é realizada a preparação para a morte e apoio no luto, se adequado.

Em Gabinete, avalia-se a situação na perspetiva da continuidade do doente na instituição, ou da sua passagem ao domicílio, ou a outro nível de cuidados; identifica-se as necessidades, dificuldades ou constrangimentos, bem como de recursos e potencialidades (socioeconómicas, culturais, de vizinhança ou outras) para a prestação dos cuidados necessários ao doente noutra nível de cuidados; e, se necessário, faz -se a avaliação da existência ou não de familiar ou outra pessoa com competências para ser cuidador: disponibilidade, condições físicas, emocionais, de relacionamento e intimidade com o doente.

Na fase da *preparação da continuidade dos cuidados*, é feito um planeamento através da identificação em equipa e com o doente e família, das necessidades de âmbito clínico e psicossocial decorrentes da situação de doença e/ou dependência e da continuidade ou não de cuidados em instituição de outro nível ou no domicílio e garantir a articulação e efetivação das atividades referentes à educação do doente e cuidador.

Junto do doente e/ou familiar cuidador, é realizada uma sensibilização, motivação e consciencialização do doente para o autocuidado e dos seus familiares para a prestação dos cuidados. Há lugar ainda para uma mobilização e promoção da articulação dos serviços da comunidade de modo a acionar os recursos necessários às situações específicas de cada doente e/ou dependente e família, articulando com os restantes níveis de cuidados e informando e articulando com os locais de trabalho ou escolares, tendo em vista a plena e adequada inserção socioprofissional ou escolar do utente.

- **Equipas Hospitalares e gestão de altas**

Diferentemente das orientações dadas para o desempenho dos assistentes sociais nas anteriores Unidades de Internamento e de Ambulatório -, face às Equipas Hospitalares é necessária uma referência particular a cada um dos dois tipos de equipas, considerando-os separadamente, já que se trata de entidades com

finalidades distintas, onde em cada uma delas é valorizada uma das dimensões do desempenho do assistente social hospitalar.

Enquanto que a Equipa de Gestão de Altas visa a articulação de serviços, tendo em vista assegurar a melhor qualidade das transferências dos doentes/dependentes para outros níveis de cuidados, a Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos visa o aconselhamento diferenciado a profissionais e utentes e a prestação de cuidados diretos a doentes em fim de vida.

A primeira potencia a dimensão de articulação dos serviços dentro e fora do hospital de agudos, dimensão contida no desempenho dos assistentes sociais a fim de assegurarem o funcionamento das redes de suporte aos doentes no pós-alta. Na segunda a centralidade da ação profissional é colocada na dimensão do apoio psicossocial ao doente/família, no suporte interprofissional e ainda em ações de extensão à Comunidade.

A participação do assistente social nas equipas de gestão de altas visa:

- ✓ Assegurar a articulação da equipa funcional de prestação de cuidados ao doente com a equipa da instituição da rede que o continuará a seguir, a fim de garantir uma passagem personalizada, segura, serena e completa de um nível de cuidados para outro nível de cuidados;
- ✓ Assegurar a realização de processos de follow-up, particularmente quando em presença de casos de doenças infetocontagiosas que exijam o cumprimento rigoroso das tomas medicamentosas e de comportamentos sociais preventivos; e
- ✓ Assegurar a avaliação do processo de Planeamento de Altas e de Continuidade dos cuidados.

Quanto aos cuidados e a implementação de medidas corretivas, o assistente social tem a função de:

- ✓ Propor critérios de uniformização da organização dos processos e dos indicadores de recolha da informação de âmbito psicossocial;
- ✓ Sistematizar a informação de âmbito psicossocial e avaliar a efetividade dos processos de intervenção;
- ✓ Atualizar o banco de recursos de saúde e sociais para enquadramento e suporte à continuidade dos cuidados, monitorizando as necessidades;
- ✓ Organizar ações ou procedimentos de assessoria aos profissionais dos serviços;
- ✓ Assegurar a articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais, bem

como com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde.

O desempenho dos assistentes sociais nas equipas de suporte em cuidados paliativos, verifica-se a três níveis: *prestação de cuidados; apoio interprofissional e ações de extensão à comunidade.*

No que diz respeito à *prestação de cuidados* é necessária a avaliação de:

- ✓ Necessidades práticas e emocionais, nomeadamente de reacção às perdas; expectativas e mecanismos de adaptação; comportamento da família: comunicação, organização familiar, expressão dos sentimentos; rede social pessoal e potencialidades para apoio;
- ✓ Identificação de pessoas vulneráveis: relacionamentos dependentes ou ambivalentes; lutos frequentes; doenças do foro psíquico, nomeadamente depressão, baixa autoestima;
- ✓ Fatores associados à dificuldade de realização do luto:

No momento da morte - morte de jovem; mortes estigmatizadas (SIDA, suicídio); morte súbita ou inesperada; culpabilidade pela morte; morte de um elemento de casal idoso, principalmente se for da esposa; não aceitação da morte; ter sido cuidador do falecido durante muito tempo (meses); inabilidade ou dificuldade de aceitação dos rituais fúnebres.

Depois da morte - nível de suporte social percebido; falta de oportunidades para novos interesses e relacionamentos; stress de outras crises de vida.

A intervenção do AS neste caso em particular deve passar por:

- ✓ Reforço da informação sobre a doença e os tratamentos, recursos e serviços;
- ✓ Facilitação da comunicação combatendo barreiras, facilitando a compreensão de que os sentimentos de perda são diferentes em cada pessoa; evitar os silêncios confrangedores e facilitar os relacionamentos mais significativos; permitir a expressão de sentimentos e apoiar particularmente os indivíduos em risco, diretamente ou através da rede;
- ✓ Realçar a existência de forças e estimular para agir positivamente impedindo que o doente e família se deixem ultrapassar pelos acontecimentos: facilitar a redistribuição de papéis, a resolução de assuntos pendentes, por vezes questões de legados ou heranças; e

- ✓ Acompanhamento no luto.

A participação do AS *no apoio interprofissional*, processa-se:

- ✚ Na discussão de casos;
- ✚ Na formação em cuidados paliativos;
- ✚ No suporte emocional aos profissionais.

A participação do AS nas *ações de extensão à comunidade*, processa-se:

- ✚ o desenvolvimento de parcerias;
- ✚ Na participação na formação de profissionais;
- ✚ No acompanhamento e avaliação de projetos.

#### ▪ **Equipas Domiciliárias**

O desempenho dos assistentes AS's da saúde nas Equipas Domiciliárias de prestação de cuidados integrados e de suporte em cuidados paliativos, opera-se a partir da sua inserção nos Centros de Saúde, e tal como em todas as instâncias da Rede anteriormente referidas, desenvolve-se ao nível da interação do doente/dependente/família com o seu meio envolvente.

Enquanto que na intervenção em ambientes institucionais, particularmente nos internamentos, o foco da ação profissional está posto na organização e capacitação do indivíduo e da sua rede de suporte para que estes façam face à doença/dependência e suas consequências, nas equipas domiciliárias o foco da atenção profissional está colocado no meio envolvente, através da conscientização e capacitação de grupos de indivíduos e de comunidades para se organizarem e responderem às necessidades especiais de todos os seus concidadãos.

Segundo o Manual de Boas Práticas do AS, na RNCCI, o atendimento individualizado, a gestão institucional, o trabalho de grupo e a organização comunitária são os quatro níveis da intervenção do AS no âmbito do funcionamento das Equipas Domiciliárias.

Relativamente ao **atendimento individualizado** é necessária uma análise prévia do caso em equipa multidisciplinar e intersectorial, prevendo necessidades, nomeadamente, de ensino para o autocuidado, para a prestação de cuidados pelo

cuidador-familiar e/ou para a prestação de cuidados por cuidadores externos, profissionais ou voluntários; de fornecimentos de serviços de âmbito médico e social; de suporte económico-financeiro; de gestão da vida familiar ou profissional; e, por fim, identificação familiar e demográfica completas.

Na primeira visita domiciliária é fundamental a criação de uma relação empática, favorecedora de suporte emocional e de sentimentos de segurança. A escuta do doente e cuidador, se necessário, deve ser feita separadamente, sobre as necessidades biopsicossociais que identificaram (médicas, de enfermagem, de reabilitação, de gestão familiar, económicas, habitacionais, profissionais, religiosas ou outras), bem como das preferências que têm quanto às modalidades da prestação dos cuidados e da disponibilização dos serviços. É também realizada identificação, com o doente e cuidador, dos serviços e cuidados efetivamente necessários ao tratamento e à promoção da autonomia do doente no domicílio. Deve ser feita a avaliação da frequência e tempo gasto em cada tipo de serviços e cuidados necessários e da predisposição dos utentes para o uso de tratamentos alternativos.

É fundamental, nesta fase, fornecer Informação sobre a rede de instituições e profissionais que constituem recursos potenciais na satisfação das necessidades identificadas, bem como, elaboração, com o doente e cuidador, de um plano de cuidados, ficando claramente identificados os prestadores dos serviços e/ou cuidados, bem como os seus contactos e horários. Por fim, se necessário deve elaborar-se notas escritas sobre os procedimentos referidos no plano de cuidados e contactos disponibilizados.

**A reunião de equipa multidisciplinar e intersectorial é fundamental para:**

- ✚ Partilha de informação de âmbito clínico e psicossocial;
- ✚ Avaliação da evolução do doente e da adaptação da família;
- ✚ Análise do cumprimento do plano de cuidados e avaliação das necessidades ou não da sua correção e aperfeiçoamento;
- ✚ Promoção da articulação e cooperação de instituições, profissionais e voluntários que contribua para o apoio ao doente e família.

**O acompanhamento psicossocial contribui para:**

- ✓ Promoção do autorreconhecimento das capacidades de reabilitação e recuperação da saúde, junto do doente e da família;
- ✓ Estímulo ao desenvolvimento de novas competências, valorizando sempre as que se mantiveram, no sentido de que o doente continue com uma participação familiar e social ativas;
- ✓ Incentivo à adesão à terapêutica, à educação e à reabilitação;
- ✓ Promoção da manutenção ou reforço das relações de sociabilidade do doente e da família;
- ✓ Aconselhamento ao doente e família na tomada de decisões relativas à reorganização e gestão da vida familiar, profissional/ocupacional ou escolar;
- ✓ Avaliação do grau de satisfação do doente/família relativamente aos serviços e cuidados prestados e processos de prestação;
- ✓ Mobilização e promoção da articulação com os Serviços da comunidade de modo a acionar os recursos necessários para responder a problemas decorrentes da situação de doença/dependência;
- ✓ Articulação das atividades referentes à educação do doente e cuidador;
- ✓ Articulação com os restantes níveis de cuidados; e
- ✓ Preparação para a morte e apoio no luto, se adequado.

A **Gestão Institucional**, tal como foi acima mencionada é um dos quatro níveis de intervenção do AS nas equipas domiciliárias. É necessário uniformizar os critérios de organização dos processos e dos indicadores de recolha da informação de âmbito psicossocial na Rede; avaliar e gerir sistemas de informação; Sistematizar a informação de âmbito psicossocial e avaliar a efetividade dos processos de intervenção; realizar estudos sobre indicadores de risco e necessidades de intervenção social, desenvolvendo dispositivos pró-ativos de identificação de pessoas e grupos de atenção prioritária; identificar medidas de melhoria de articulação entre os serviços de saúde e os de apoio social; promover o contacto regular entre serviços da comunidade e/ou outros que assegurem cuidados aos doentes, monitorizando a continuidade e articulação das ações dos planos de cuidados; por fim, avaliar a qualidade das respostas e a satisfação dos doentes/famílias.



Para que se consiga realizar **trabalho de grupo** tem que se identificar indivíduos com afinidades em situações de saúde/doença; criar grupos de autoajuda, respondendo às motivações, interesses e necessidades identificadas; organizar grupos de famílias para a sua capacitação na prestação de cuidados a doentes com patologias específicas; incentivar a organização e supervisionar grupos de voluntários que desenvolvam ações de apoio aos doentes e suas famílias; incentivar o desenvolvimento de formas de organização e apoiar iniciativas de grupos ou organizações.

O desempenho do AS processa-se pelo uso de metodologias que preveem a conscientização, organização e capacitação de grupos de populações, que podem ou não incluir os doentes/dependentes e suas famílias, e a articulação e/ou cooperação de recursos (públicos; privados lucrativos ou não lucrativos; formais ou informais), tendo em vista a satisfação das necessidades identificadas em serviços e cuidados que proporcionem aos doentes/dependentes o maior bem estar, autonomia e inserção social. Pressupõe-se que a participação comunitária é um direito e um dever de cidadania e entendesse que aquela constitui *“o processo social em virtude do qual grupos específicos da população que têm em comum alguma necessidade, problema ou centro de interesse e vivem numa mesma comunidade, tratam ativamente de identificar essas necessidades, problemas ou centros de interesse, tomam decisões e estabelecem mecanismos para resolvê-los.”* (Idañez, 2001:31 citado por DGS,2006)

Trata-se, portanto, da organização de comunidades identitárias, onde a ação profissional tem por finalidade mudanças de atitudes e a promoção ou criação de serviços para um grupo social determinado, sendo o papel do profissional o de organizador, facilitador, provedor de grupos de populações.

O processo de intervenção passa por três etapas: a identificação do meio de intervenção e da problemática e a planificação da ação (Comeau, 2005, citado por DGS,2006).

Na identificação do **meio de intervenção** é fundamental uma análise da comunidade local, nomeadamente, elementos históricos; dados económicos, demográficos e sociais. Os dados são descritivos, evolutivos e comparativos. É também importante ter em consideração da entidade empregadora, incluindo

políticas e planos de ação institucionais; filosofias, modelos e regras de funcionamento.

No que se refere à **identificação da problemática**, deve ser feita a construção, de modo coerente e rigoroso, da análise sistemática de uma situação. A problemática deve permitir examinar um problema social sob os seus diferentes aspetos e numa ordem que demonstre o ponto de vista defendido, o rigor e o domínio do pensamento sobre o que é argumentado. É crucial realizar-se:

- ✓ Inventário dos problemas sociais que possam ter consequências nefastas na saúde de grupos de pessoas, considerando-se a necessidade de uma mudança para o seu próprio bem-estar;
- ✓ Escolha de um problema e respetiva justificação;
- ✓ Análise social do problema: Descrição, definição e medição do problema; causas do problema e fatores agravantes - esforços feitos no passado e localmente para resolver o problema;
- ✓ Identificação da necessidade. A necessidade deve ser bem concreta e estará bem identificada quando conduzir a uma formulação do projeto de ação. Resume-se a situação atual, indica-se o que será a situação ideal, evoca-se o que permitirá produzir a mudança de uma situação para a outra;
- ✓ Análise das oportunidades: aliados potenciais; opositores potenciais; Abertura ao projeto de ação (conjuntura; factos; acontecimentos; leis, que podem afetar positivamente ou negativamente o projeto); e
- ✓ Identificação dos interesses em jogo: Interesses relativos ao poder, ou próprios a uma pessoa numa dada situação; Interesses relativos ao ponto de vista sobre a situação. Um ponto de vista pode ser mais ou menos dominante, ou mais ou menos dominado e os atores têm interesse em fazer valer o seu ponto de vista.

Na **planificação da ação** deve constar a finalidade, objetivo geral e objetivos específicos; as estratégias; os meios e as atividades; e, por fim, processo de avaliação.

*“A par dos cuidados médicos e de enfermagem especializados, que permitem lidar com a dor e outros sintomas graves, os cuidados paliativos englobam os cuidados e o tratamento de questões emocionais, psicológicas, sociais e espirituais que afetam os doentes em fase terminal e as suas famílias. A ênfase*

*nas questões psicológicas e sociais significa que o Serviço Social oferece um contributo importante às equipas de cuidados paliativos.” (Malcolm Payne, in Carvalho 2012h)*

Larkin (2007) defende que quando os médicos informam os doentes e/ou famílias que não existe tratamento curativo e os cuidados paliativos são sugeridos, por vezes, estes podem não ter consciência do significado desta alteração na sua situação clínica. Muitas vezes, os indivíduos têm uma ideia errada quanto aos cuidados paliativos, tendo a ideia de que nestes serviços vão ser curados ou, por outro lado, que esses tipos de cuidados são para quem está a morrer.

Kübler-Ross (1969) defende que a natureza social da morte e do luto demonstram que os serviços que apenas se baseiam nos cuidados de saúde e na intervenção médica são, provavelmente, insuficientes para lidar com todo o leque de questões com que as pessoas se deparam.

A própria natureza social de morte e das experiências de quase-morte significam que os doentes precisam de concluir tarefas psicológicas e sociais importantes durante o processo que leva à morte, o que conduz a um importante papel do Serviço Social. Corr et al (2006, citado por Carvalho, 2012i) identificam tarefas que o indivíduos necessitam de executar durante o processo que leva à morte, nomeadamente, *tarefas físicas*, isto é, satisfazer necessidades físicas, minimizando o desconforto físico, *tarefas psicológicas* de modo a alcançar segurança, autonomia e boa qualidade de vida, *tarefas sociais* isto é manter laços interpessoais significativos durante o processo de morte, e por fim, *tarefas espirituais*, ou seja, identificar, desenvolver ou assegurar fontes de energias e de esperança.

Os Assistentes Sociais que trabalham nos cuidados paliativos têm o seu enfoque, em primeiro lugar, na tentativa de facilitar a comunicação entre os membros da família afetados pela doença do doente e, muitas vezes, também no auxílio prestado às crianças, para que possam compreender a aproximação da morte de um membro da família que para elas seja importante. Saunders (citada por Earnshaw Smith, 1990 em Carvalho, 2012j) realçou o facto de se trabalharem os atos de dizer “adeus”, “amo-te” ou “obrigado” como forma de cuidar e de apoiar, e “desculpa” em casos de dificuldades reais ou imaginadas nas suas relações.

Importa referir que a transmissão de más notícias é um momento fulcral no processo de doença e de luto, quer para os doentes quer para os familiares ou cuidadores significativos. Os assistentes sociais têm aqui também um papel fundamental, pois muitas vezes, terão de reafirmar a informação dada e auxiliar as pessoas para que considerem o impacto dessa informação na sua família, em particular. Exemplo disto é o caso dos indivíduos com dificuldades de aprendizagem que muitas vezes necessitam de ver a informação repetida, apresentada de varias formas, e ser induzidos a pensar em possíveis implicações. O mesmo se aplica a crianças ou a familiares mais idosos, cuja capacidade mental implique que o fornecimento de informação seja feito de modo mais cuidado e adaptado ao caso.

Payne (in Carvalho, 2012k) afirma que uma abordagem útil na discussão de más notícias pode começar por se pedir aos utentes e membros da família o relato do diagnóstico e do tratamento até á data presente e verificar de que forma estes lhe explicam o que aconteceu. Existe alguma questão relativamente á qual se sintam particularmente apreensivos ou que os preocupe? Existem, de facto, questões relativamente ás quais os profissionais podem oferecer confiança, bem como questões cujos receios de confirmam. Se os utentes parecerem demasiado pessimistas, pode ser útil pedir-lhes que comparem de que forma a sua condição difere de um período anterior, conduzindo a questão de modo a ser-lhes perguntado se têm pensado ou feito planos para o futuro ou se existe a necessidade de tomar medidas imediatas. Através deste tipo de conversa, os profissionais podem avaliar a abordagem apropriada á informação a ser fornecida; isto pode incluir a tomada de providencias para chamar um médico um enfermeiro ou outros profissionais de saúde para o debate de informação acerca das opções de tratamento e cuidados, bem como, da progressão eventual de uma doença.

Para que se realize um bom trabalho com o doente e com a família, é crucial que se invista sobretudo na relação com outro, na compreensão da realidade do doente e na aceitação incondicional das suas decisões, independentemente da opinião do técnico, do que seria melhor para o doente. Segundo Vanzini (2010) *“conhecer a realidade é o ponto de partida para poder*

*intervir, significa poder valorizar todas as dimensões da realidade para estabelecer prioridades e podermos planear uma estratégia de intervenção”.*

## CAPITULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo será abordada a metodologia de investigação utilizada neste estudo, como o método de recolha de dados, a população e amostra escolhida, e por fim a técnica de análise de dados.

### ***2.1. Método de Investigação***

Para operacionalizar os objetivos deste estudo, utilizou-se uma abordagem qualitativa e o tipo de investigação selecionado foi o estudo descritivo. Segundo Fortin (1996a) “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

Burns e Grove (1993) definem a investigação científica como “*um processo sistemático, efetuado com o objetivo de validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir novos que vão de forma direta ou indireta, influenciar a prática*”. O presente estudo visa conhecer quais as informações que a população em geral possui sobre cuidados paliativos bem como o trabalho do assistente social nesta área de intervenção.

### ***2.2. População e amostra***

A população alvo da presente investigação é a população do Distrito do Porto, sendo a amostra constituída por 50 indivíduos (32 do sexo feminino e 18 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 58 anos), entrevistados acidentalmente, de forma aleatória, ou seja, os entrevistados não têm de cumprir nenhum requisito para participar, só têm de estar num determinado sítio e num momento concreto. A escolha deste tipo de população e técnica de amostragem deve-se ao facto de se pretender entrevistar pessoas que poderão ou não ter conhecimentos sobre cuidados paliativos e sobre o trabalho do assistente social neste tipo de cuidados.

A técnica de amostragem eleita para este estudo, é não probabilística, mais concretamente a amostragem accidental. Fortin (1996b) afirma que a *“amostra accidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis, e estão presentes num local determinado, num momento preciso...Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.”* Este estudo foi aplicado em vários locais do centro do Porto.

### **2.3. Instrumento de colheita de dados**

Tomando por base a conceção de Sousa e Baptista (2011, p.70), os métodos e técnicas de recolha de dados são entendidos como *“um conjunto de processos operativos que nos permitem recolher os dados empíricos”*. *“Eles consistem em recolher ou reunir concretamente determinadas informações junto das pessoas ou entidades de observação incluídas na amostra, pelo que a escolha destes métodos influencia os resultados do projeto de investigação”* (Quivy & Campenhoudt, 1998).

De acordo com Fortin (1996c) *“cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas, ou às hipóteses formuladas”* Neste trabalho, o instrumento de colheita de dados escolhido foi uma entrevista semiestruturada, com questões abertas e fechadas (ver anexo I). Inicialmente foi aplicado um pré teste a 10 indivíduos de modo a serem detetadas limitações ou enviesamentos que as questões poderão provocar.

Segundo Fortin (1996d), a entrevista é *“um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o entrevistador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas. Trata-se de um processo planificado, de um instrumento de observação que exige dos que o executam uma grande disciplina. Este método é frequentemente utilizado nos estudos exploratórios – descritivos, se bem que seja também utilizado nos outros tipos de investigação.”*

Segundo o mesmo autor anteriormente citado, a entrevista preenche geralmente três funções: 1) servir de método exploratório para examinar conceitos, relações entre as variáveis e conceber hipóteses; 2) servir de principal instrumento de medida de uma investigação; 3) servir de complemento a outros

métodos, tanto para explorar resultados não esperados, como para validar os resultados obtidos com outros métodos ou ainda para ir mais em profundidade.

A entrevista aqui aplicada como instrumento de colheita de dados é constituída por três partes: 1) Caracterização da amostra quanto ao género, faixa etária, estado civil, habilitações literárias e profissão; 2) Caracterização de Cuidados Paliativos, no qual se pretendeu avaliar os conhecimentos que os participantes detinham sobre estes cuidados; 3) Caracterização do trabalho do Assistente Social bem como a sua intervenção nesta área de intervenção.

## **2.4. Análise de dados**

Após aplicação da entrevista semiestruturada, precedeu-se a análise de dados através do método de análise de conteúdo tomando por base a perspectiva de Bardin.

A análise de conteúdo é-nos apresentada como *“conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”* (Bardin, 1977). Esta análise “tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular regras de inferência” (Guerra, 2010)

Fortin (1996e) afirma que *“logo que uma colheita de dados foi efetuada, há, em todas as abordagens qualitativas, uma fase preliminar à análise propriamente dita. Esta fase é a da organização de dados. Uma vez que um certo conteúdo foi colhido a partir de entrevista, de observações ou de outros tipos de colheitas (desenhos, documentos), é necessário organizar estes dados para que eles possam ser analisados.”*

Segundo Bardin (1977, p. 21), “na análise quantitativa, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Na análise qualitativa é a presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração”.



Esta fase preliminar á análise de dados foi efetuada neste estudo. Inicialmente procedeu-se à transcrição das respostas dadas por cada participante e de seguida realizou-se a organização das mesmas (ver anexo II)

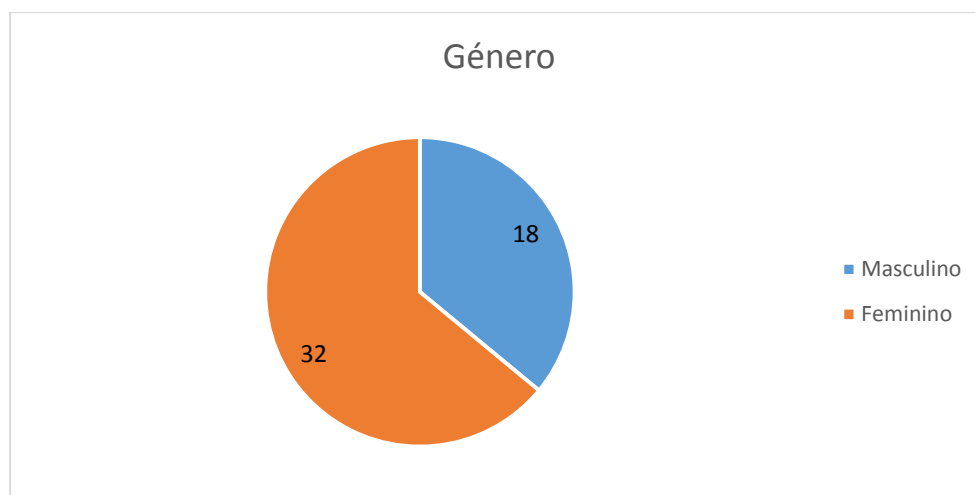
## CAPÍTULO III – ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo iremos, em primeiro lugar, caracterizar a amostra com a qual trabalhamos ao longo desta investigação e, posteriormente, analisaremos os dados recolhidos na aplicação da entrevista. Por outras palavras, seguiremos com a caracterização dos cuidados paliativos, bem como com a caracterização do trabalho do Assistente Social tendo por base as respostas dadas pelos indivíduos entrevistados.

### 3.1. – *Caracterização da amostra*

O presente estudo foi realizado em 50 indivíduos representativos de uma amostra aleatória. Neste subponto, iremos caracterizar a amostra tendo por base o género, a faixa etária, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão dos diferentes elementos.

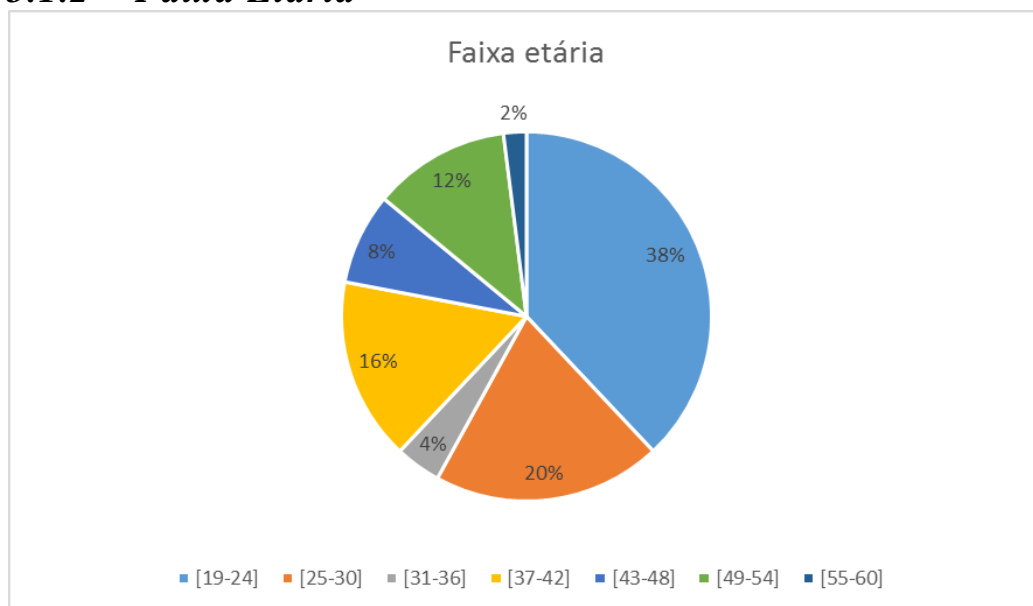
#### 3.1.1 – *Género*



**Gráfico 1** – Caracterização da amostra, quanto ao género.

No que diz respeito ao género da amostra, este é constituída por 32 mulheres e por 18 homens. Podemos assim observar que existe uma maioria feminina na amostra, pelo simples facto de as mulheres terem-se mostrado mais recetivas na abordagem de rua e os homens, pelo contrário, não terem mostrado a mesma disponibilidade para participar na entrevista.

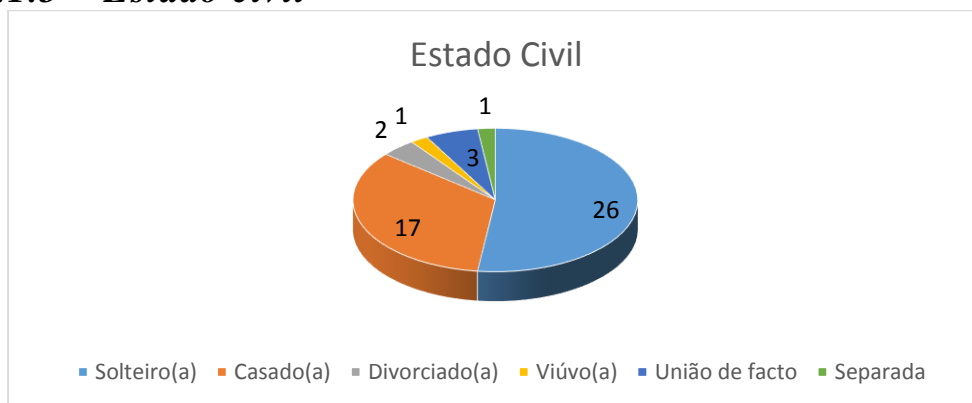
### 3.1.2 – Faixa Etária



**Gráfico 2** – Caracterização da amostra, quanto à faixa etária.

A média de idade dos participantes é de 32,68 tendo o indivíduo mais novo 19 anos e o mais velho 58. A faixa etária predominante é a dos 19 aos 24 anos de idade composta por 19 indivíduos, sendo que a faixa etária menos presente na amostra é a dos 55 aos 60 anos composta por apenas 1 indivíduo. É ainda possível observarmos que a faixa etária dos 25 aos 30 anos também se faz notar.

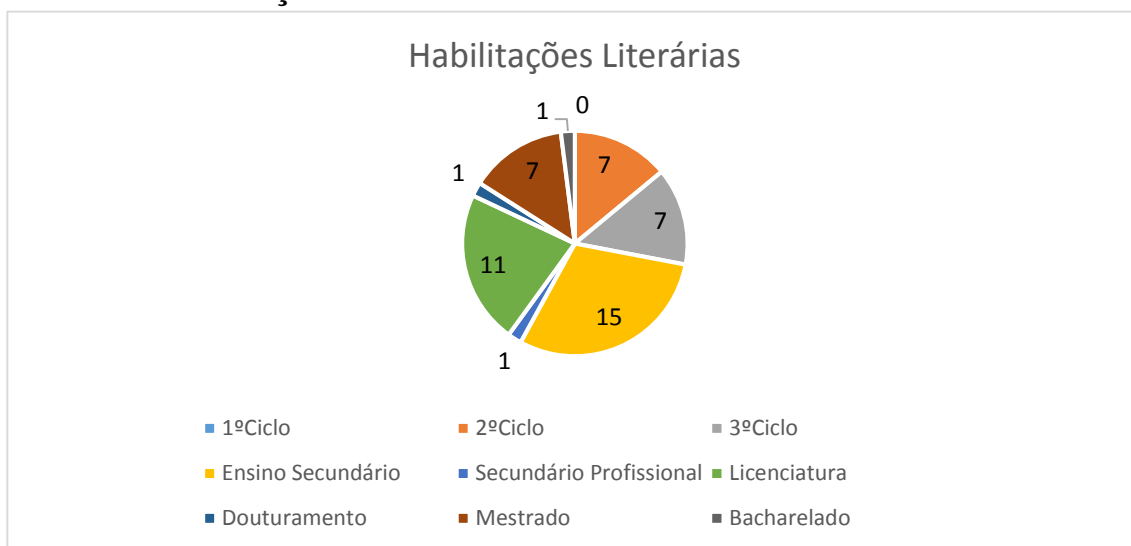
### 3.1.3 – Estado civil



**Gráfico 3** – Caracterização da amostra, quanto ao estado civil.

Relativamente ao estado civil, o estudo é composto por 26 solteiros, 17 casados, 3 que vivem em união de facto, 2 divorciados, 1 viúvo e 1 está separado.

### 3.1.4 – Habilitações literárias



**Gráfico 4** – Caracterização da amostra, quanto às habilitações literárias.

No que diz respeito às habilitações literárias dos entrevistados podemos verificar, através do gráfico 4, que o nível de ensino com maior predominância é o Ensino Secundário com 15 elementos e o menos presente e/ou inexistente é o 1º Ciclo, bem como o Ensino Secundário Profissional, Bacharelato e Doutoramento com 1 elemento cada. Ao nível da Licenciatura temos 11 elementos. Por fim, o 2º Ciclo, 3º Ciclo e Mestrado estão representados por 7 elementos cada.

### 3.1.5 – Profissão

No que diz respeito às profissões exercidas pelos entrevistados podemos constatar que as profissões mais presentes fazem parte do sector terciário<sup>2</sup> – professora (1), auxiliar de educação (1), auxiliar dentária (1), auxiliar de Ação médica (1), auxiliar de geriatria (1), técnica de recursos humanos (1), animadora sociocultural (1), engenheiro (2), carteiro (1), farmacêutica (1), informático (2), motorista (1), educadora de infância (2), comercial (2), militar (1), enfermeiro (2), operador de loja (3), empresário (1), ajudante familiar (1), empregado de armazém

<sup>2</sup> Segundo Giddens (1997), o setor terciário respeita às atividades de serviços, que em vez de produzir diretamente bens, oferecem os serviços aos outros.

(2) e assistente de vendas (1). Estes 29 elementos representam um número significativo da amostra.

Ainda que em menor dimensão (6 elementos), estão também presentes algumas profissões do sector secundário<sup>3</sup> – empregado fabril (4) e costureira (2).

É importante aqui sublinhar que, ainda na amostra em análise, 7 são estudantes e 8 elementos encontram-se desempregados.

### ***3.2. Caracterização dos Cuidados Paliativos segundo a opinião da amostra em estudo***

#### **Pergunta 2.1 - Sabe o que são Cuidados Paliativos? Qual a sua finalidade?**

Nesta questão é nosso objetivo perceber quais os conhecimentos que as pessoas têm acerca dos Cuidados Paliativos; se estão aquém do que este tema envolve ou se lhes é uma realidade minimamente conhecida, ainda que em traços gerais.

As respostas a esta questão podem ser divididas em 4 subcategorias: 1) cuidados prestados a doentes em fase terminal, 2) cuidados que têm como fim minimizar o sofrimento, 3) cuidados que visam promover a qualidade de vida (incluindo o bem-estar físico e psicológico, conforto) e 4) cuidados que proporcionam um fim de vida digno.

Relativamente à primeira subcategoria – **cuidados prestados a doentes em fase terminal** - foram 20 os elementos que lhe fizeram referência, sendo que as respostas incluem frases como “*são cuidados de saúde a pessoas que estão em situação fragilizada, em fase terminal*” (Ent. 14), “*são cuidados que tratam de pessoas em fim de vida*” (Ent. 17), “*são cuidados prestados a pessoas em estado terminal para lhe dar melhor tratamento nos últimos dias de vida, ...*” (Ent. 20), “*são cuidados prestados a pessoas sem perspectiva de vida*” (Ent. 22), “*são cuidados com a finalidade de dar assistência ao doente em fase terminal*” (Ent. 24).

No que diz respeito à segunda subcategoria - **cuidados que têm como fim minimizar o sofrimento** - foram 13 os elementos que partilharam este conceito.

---

<sup>3</sup> Segundo Giddens (1997), o setor secundário diz respeito às atividades que transformam matérias primas em bens manufaturados.

As suas respostas basearam-se em expressões como “*são cuidados de saúde que ajudam a atenuar as dores até à morte dos pacientes*” (Ent. 2), “*tem como finalidade promover uma morte digna sem dor*” (Ent. 6), “*sim, é ter um final de vida sem dor, esperar pela morte sem sofrimento*” (Ent. 9), “*a sua finalidade é aliviar a dor e o sofrimento do paciente*” (Ent. 21), “*são cuidados que pretendem aliviar o sofrimento de pessoas quem tem doenças incuráveis*” (Ent. 27).

No que concerne à terceira subcategoria - **cuidados que visam promover a qualidade de vida** (incluindo o bem-estar físico e psicológico, conforto) , foram 24 os elementos que frisaram esta ideia, através de afirmações como “*cuidados prestados a uma pessoa que está com uma doença grave, prestando apoio a nível de saúde, físico, mental, espiritual e emocional*” (Ent. 1), “*a finalidade é dar um melhor bem-estar aos doentes nos últimos dias que lhes restam*” (Ent. 4), “*têm como finalidade dar condições básicas de cuidados de saúde e psicológico*” (Ent. 8), “*são pessoas que cuidam de outras em fase terminal dando-lhes melhores condições no fim da vida*” (Ent. 19), “*providenciar cuidados à pessoa que está num estado terminal de modo a garantir lhe alguma qualidade de vida*” (Ent. 41).

Por fim, e para concluirmos, no que diz respeito à quarta subcategoria - **cuidados que proporcionam um fim de vida digno**, foram 9 os elementos que partilharam a mesma opinião Para melhor percebermos, é-nos possível observar afirmações como “*são cuidados com o objetivo de proporcionar uma morte digna sem dor*” (Ent. 16), “*são cuidados prestados a pessoas em estado terminal para lhe dar melhor tratamento nos últimos dias de vida, com a melhor dignidade*” (Ent. 20), “*aliviar a dor numa fase terminal dos doentes, de modo a manter a dignidade do ser humano*” (Ent. 28), “*prestar cuidados a pessoas em estado terminal, de forma a garantir o conforto e as condições humanas ao doente, para que ele se sinta com o mínimo de dignidade*” (Ent. 36), “*(...) onde trabalha uma equipa multidisciplinar auxiliando o doente nesta transição da sua vida e preparando a sua morte*” (Ent. 42).

Por outro lado, importa aqui sublinhar que, em alguns casos, verifica-se que o conhecimento sobre o tema é inadequado, no sentido de existir uma confusão entre a noção de cuidados paliativos e a noção de cuidados continuados. É possível detetar isto através de afirmações como “*prestar cuidados de saúde a*

*“pessoas e crianças doentes”* (Ent. 7), *“tratar pessoas em estado critico”* (Ent. 37), *“reabilitar pessoas”* (Ent. 50).

### **Pergunta 2.2 - Conhece alguém que já tenha recebido Cuidados Paliativos?**

Nesta questão, verificamos que menos de metade dos entrevistados conhecem um ou mais indivíduos que recebem ou já receberam cuidados paliativos.

### **Pergunta 2.3 - Que tipo de doentes necessitam de Cuidados Paliativos?**

Transcrevendo às palavras dos entrevistados, obtivemos respostas como *“necessitam destes cuidados doentes em fase terminal, com neoplasias”* (Ent. 6), *“crianças e pessoas vegetativas, paralisadas, cancerosas”* (Ent. 7), *“doentes incuráveis, por exemplo cancro”* (Ent. 10), *“doentes com cancros em fase terminal, HIV em fase avançada, tuberculose”* (Ent. 13), *“em fase terminal, entubadas que se alimentam por sonda, com pouca ou nenhuma autonomia”* (Ent. 14), *“doentes com cancro, doenças incuráveis e doenças progressivas em estado avançado”* (Ent. 21), *“acamados, doença degenerativa e oncológicos”* (Ent. 34), *“doentes com doenças incuráveis ou graves, com prognóstico limitado”* (Ent. 44), *“doentes com cancro em estado terminal, Leucemia, traumatismos graves”* (Ent. 48). Importa referir que apenas dois indivíduos referiram que não sabem que tipo de doentes necessitam destes cuidados.

Categorizando as respostas dadas anteriormente, quanto ao tipo de doentes que necessitam de cuidados paliativos, estas são variadas, nomeadamente, doentes terminais (27), doentes oncológicos (17), doentes oncológicos em fase terminal (4), doenças degenerativas (3), acamados (2), vítimas de acidente (2), pessoas com deficiência (2), doentes em estado vegetal (2), doentes com HIV, em estado avançado (2), doenças neurológicas irreversíveis (1), vítimas de AVC (2) e doenças incuráveis (1).

Por fim, é importante sublinhar que, uma vez mais, é notória a confusão entre cuidados paliativos e cuidados continuados. Percebemos isto através de respostas como *“pessoas com deficiência física e/ou motora e vítimas de algum acidente”* (Ent. 33), *“acamados”* (Ent. 31, 34 e 37) e *“vítimas de AVC”* (Ent. 50).

#### **Pergunta 2.4 - Conhece alguma Unidade de Cuidados Paliativos? Onde?**

Nesta questão, verificamos que uma maioria significativa da amostra (32 elementos ) conhece, de facto, uma ou mais Unidades de Cuidados Paliativos. Os restantes 18 elementos afirmam não conhecer qualquer Unidade.

De forma decrescente, vamos apresentar quais as Unidades que foram mencionadas pelos entrevistados:

- Instituto Português de Oncologia do Porto por 19 pessoas;
- “Kastelo Marta Ortigão”, por 9 pessoas;
- Hospital de São João, por 7 pessoas;
- Hospital do Mar, por 2 pessoas;
- Hospital Pedro Hispano, por 2 pessoas;
- Hospital de Santo António; Grupo Trofa Saúde, Unidade de Cuidados Paliativos de Felgueiras; Instituto CUF; Hospital de Gaia; Clipóvoa, IPO de Coimbra e Hospital de São Martinho, todas elas mencionadas por uma pessoa, respetivamente.

Posto isto, conseguimos perceber que o IPO do Porto é, de facto, a unidade mais mencionada pelos entrevistados, ficando o Kastelo Marta Ortigão em segundo lugar. Importa sublinhar que esta é a 1ª Unidade de Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal, inaugurada em junho de 2016, em Matosinhos.

Por outro lado, é importante referir que o Hospital de São Martinho foi também mencionado, mas este não se trata de uma unidade de cuidados paliativos, mas sim de cuidados continuados. Uma vez mais, verificamos que os dois conceitos não estão bem claros, influenciando consequentemente a noção que os indivíduos têm das unidades que oferecem os diferentes cuidados.

#### **Pergunta 2.5 - Na sua opinião existem Unidades e/ou Equipas suficientes para dar resposta a todos os doentes paliativos?**

A resposta a esta questão foi unânime entre todos os entrevistados; os 50 elementos responderam, todos eles, que não são suficientes as Unidades e Equipas de saúde existentes para dar uma resposta satisfatória a todos os doentes que carecem de Cuidados Paliativos.



### **Pergunta 2.6 - Quais os profissionais que devem integrar a equipa de Cuidados Paliativos?**

Na resposta a esta questão existem 3 profissionais que foram mencionados por todos os entrevistados, sendo deles: o médico, o enfermeiro e o auxiliar de ação médica. À exceção destes profissionais, foram ainda referidos como profissionais integrantes destes cuidados: o assistente social (37), o psicólogo (35), o fisioterapeuta (17), o guia espiritual (10), o animador sociocultural (13), o terapeuta da fala (6), o técnico de saúde (1), o anestesista (1), o psiquiatra (1) e o técnico de diagnóstico e terapêutica (1).

Tendo em conta estes dados recolhidos, é-nos possível concluir que o assistente social, para além dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro e auxiliar de ação médica), é um dos mais mencionados como elemento que deve fazer parte integrante da equipa de Cuidados Paliativos.

### ***3.3. Caracterização do trabalho do Assistente Social segundo a opinião da amostra em estudo***

Esta parte da entrevista, tinha como objetivo perceber quais os conhecimentos sobre a profissão de Assistente Social de uma forma geral, em que áreas intervém, qual as suas funções na área da saúde, se este profissional é considerado necessário numa equipa de cuidados paliativos e, por fim, qual o papel que desempenha nos cuidados paliativos especificamente.

#### **Pergunta 3.1 - O que entende por Assistente Social?**

Nesta questão, temos como principal objetivo compreender se os entrevistados têm uma noção clara dos pressupostos centrais da profissão do assistente social.

As respostas dadas podem ser distribuídas por 3 subcategorias principais: 1) profissional que presta apoio e faz encaminhamento de situações de cariz social e económico, 2) profissional que presta apoio a famílias desestruturadas e 3) profissional que faz mediação com instituições por forma a obter apoios.

Na primeira subcategoria - **profissional que presta apoio e faz encaminhamento de situações de cariz social e económico** - foram 31 os elementos que compartilharam esta noção. Foram variadas as respostas dadas

neste campo, sendo que estas incluem frases como *“alguém que está ali e que define se a pessoa precisa de apoio ou não, a nível monetário, alimentação e rendas”* (Ent. 1), *“assistente que nos ajuda não só a nível económico como também noutras vertentes sociais, por exemplo emprego e formação profissional”* (Ent. 8), *“profissional que presta apoio em casos de utentes mais carenciados”* (Ent. 10), *“é um técnico especializado nas questões da área social, tem por objectivo intervir junto das populações mais vulneráveis com qualquer tipo de problema social”* (Ent. 13), *“assistente social dá assistência às pessoas mais necessitadas e com carências socioeconómicas”* (Ent. 21), *“um assistente social é um profissional de intervenção que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da pessoa”* (Ent. 43).

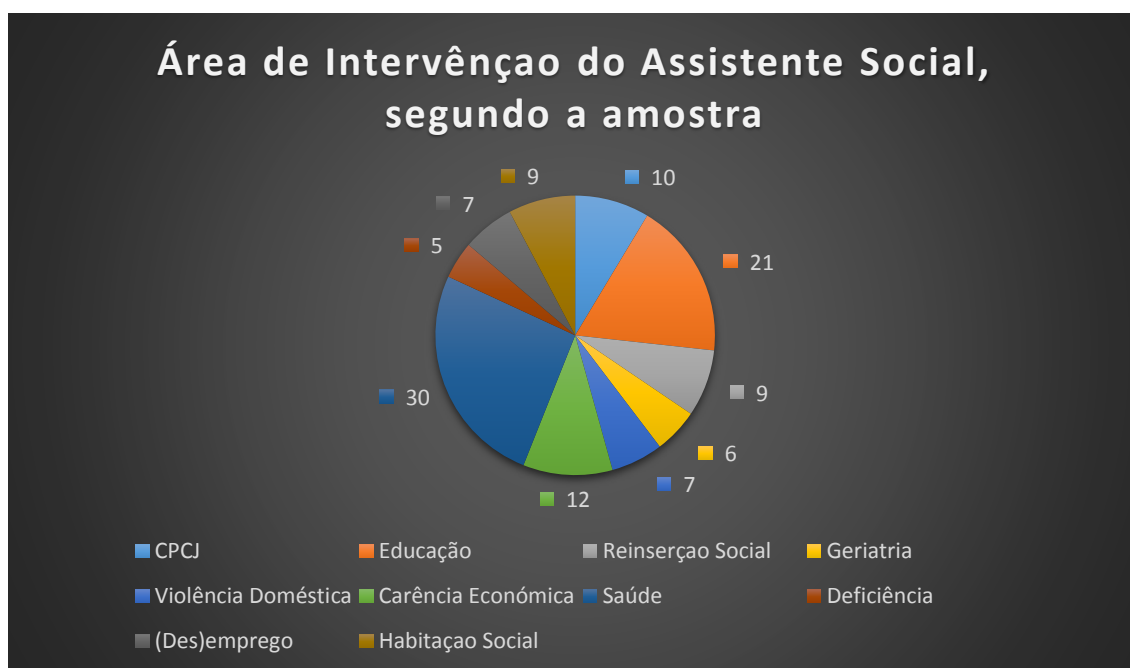
Relativamente à segunda subcategoria - **profissional que presta apoio a famílias desestruturadas** - foram 11 os elementos que lhe fizeram referência, sendo que as respostas abrangem afirmações como *“pode ajudar famílias com papéis e alimentação”* (Ent. 5), *“são profissionais que vão a casa ver se as famílias têm condições para ter crianças ou idosos, se sofrem maus-tratos, se têm condições habitacionais”* (Ent. 9), *“dar apoio às famílias necessitadas, maus-tratos, violência doméstica, necessidade alimentar”* (Ent. 11), *“são profissionais que estudam o problema da família durante alguns tempos e atuam consoante a situação”* (Ent. 17), *“profissionais que tratam de problemas familiares”* (Ent. 18), *“são pessoas que ajudam as famílias mais carenciadas”* (Ent. 19), *“assistente social é um técnico que intervém junto de agregados familiares com dificuldades de ordem variada”* (Ent. 39).

Na terceira e última subcategoria - **profissional que faz mediação com instituições por forma a obter apoios** - foram 5 os elementos que partilharam o pensamento nela presente, com respostas que passamos a transcrever: *“são profissionais que ajudam as pessoas com dificuldades, pois são a interligação entre as pessoas e o Estado”* (Ent. 4), *“profissional que se dedica a dar apoio social e a ajudar as pessoas a arranjar recursos através da Segurança Social”* (Ent. 20), *“é a pessoa que faz a ligação entre as famílias mais carenciadas e o Estado, ao fazer a recolha de necessidades dessas famílias”* (Ent. 24), *“o assistente social é um técnico que deteta os problemas sociais de uma determinada população e que orienta os indivíduos para as instituições*

*apropriadas” (Ent. 28), “o assistente social é um técnico que apoia as pessoas que têm dificuldades a nível financeiro e providencia ajudas para solucionar ou atenuar os problemas/necessidades dos utentes” (Ent. 30).*

### Pergunta 3.2 - Em que áreas o Assistente Social intervém?

Na resposta a esta questão foram apontadas diversas áreas de intervenção do AS. Para uma melhor análise dos dados procedeu-se à codificação das respostas que estão apresentadas no gráfico nº 5 que se segue.



**Gráfico 5 -** Áreas de intervenção do assistente social, segundo a amostra

Através da observação do gráfico nº 5 conseguimos perceber que a área da **Saúde** foi a mais mencionada pelos entrevistados, sendo que 30 elementos lhe fizeram referência. Passamos a transcrever algumas das expressões utilizadas: “*na saúde principalmente*” (Ent. 2), “*(...) tudo o que envolve os indivíduos e as suas relações, na área social, saúde*” (Ent. 12), “*na ação social: escolas, hospital*” (Ent. 19), “*intervêm a nível da saúde, (...)*” (Ent. 21), “*saúde pública, (...)*” (Ent. 25), “*sei que estão presentes no sector da saúde, (...)*” (Ent. 27), “*(...), hospitais*” (Ent. 38), “*na saúde (...)*” (Ent. 49).

Em segundo lugar, a área mais referida foi a **Educação** por 21 elementos que usaram expressões como “*(...) educação*” (Ent. 9, 13, 14, 16, 23, 26, 28, 35,

37, 39, 42 e 48), “*escola, (...)*” (Ent. 18), “*na ação social: escolas*” (Ent. 19, 20), “*intervêm a nível (...) da educação*” (Ent. 21), “*ensino*” (Ent. 29), “*formação profissional*” (Ent. 30), “*infantários, escolas*” (Ent. 38).

Ainda que em menor proporção, a **carência económica** também foi mencionada por 12 elementos onde usaram termos como “*pobreza (...)*” (Ent. 1, 7, 8, 15), “*em todas as juntas de freguesia deveria de existir um assistente social para apoiar os mais carenciados*” (Ent. 4), “*famílias carenciadas em vários níveis monetários e sociais*” (Ent. 5), “*(...) pessoas com dificuldades económicas, sem abrigo*” (Ent. 6), “*(...) sociedade carenciada*” (Ent. 16), “*famílias com Insuficiência económica*” (Ent. 24) “*pessoas com carências socioeconómicas*” (Ent.36), “*(...) económico*” (Ent.29, 30).

Em quarto lugar, os entrevistados fizeram referência à **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens** (10 elementos), os quais utilizaram expressões como “*(...) crianças e jovens em risco- proteção*” (Ent. 7), “*(...) comissão de menores CPCJ*” (Ent. 11), “*(...) apoio a menores*” (Ent. 25), “*Infância, jovens em risco (...)*” (Ent. 36). “*alerta as autoridades quando há crianças e jovens em situação de perigo, saúde (...)*” (Ent. 41), “*(...) trabalha com crianças, adolescentes*” (Ent. 44).

Outras áreas de intervenção mencionadas foram a **reinserção social** e a **habitação social**, cada uma por 9 elementos, com frases como “*(...) integração na sociedade*” (Ent. 8), “*(...) inclusão social*” (Ent. 14), “*toxicodependentes (...)*” (Ent. 17, 36), “*reinserção de indivíduos marginais (por exemplo toxicodependentes, sem abrigo)*” (Ent. 28), “*exclusão social*” (Ent. 44), “*(...) reinserção social*” (Ent. 45); relativamente à habitação social, temos expressões como “*(...) habitacional*” (Ent. 8,9,10), “*(...) habitação social*” (Ent. 13), “*(...) habitação*” (Ent. 37,48, 49).

A seguir temos a **violência doméstica** e o **(des)emprego** como áreas de intervenção mencionadas, cada uma por 7 elementos. Passamos a transcrever as respostas dadas: “*maus tratos, violência doméstica (...)*” (Ent.1, 11,15,23, 45, 49), “*famílias com idosos a seu encargo e situações de maus-tratos*” (Ent. 24), “*(...) idosos maltratados*” (Ent.45); relativamente ao (des)emprego temos expressões como “*desempregados (...)*” (Ent. 6,17), “*(...) empregabilidade*” (Ent. 14),

“*emprego (...)*” (Ent. 30, 37), “*(...) mercado de trabalho*” (Ent. 38), “*(...) integração na sociedade/mundo do trabalho*” (Ent. 39).

Ainda que em menor número, a **geriatria** foi também mencionada por 6 entrevistados, que usaram frases como “geriatria” (Ent. 14, 22), “*(...) idosos*” (Ent. 26, 38, 48) e “*velhice*” (Ent. 36),

Para finalizar, 5 entrevistados referiram ainda a **deficiência** como um campo a ser trabalho pelos assistentes sociais: “*deficientes*” (Ent. 13), “deficiência” (Ent. 14, 45), “*pessoas com deficiência*” (Ent. 36, 44).

### **Pergunta 3.3 - Qual o papel do Assistente Social na área da Saúde?**

A aplicação desta questão tem como finalidade compreender quais os conhecimentos que os entrevistados têm acerca do papel do assistente social no campo da Saúde em geral. Para ser de mais fácil leitura, dividimos as respostas dadas pelos entrevistados em 6 subcategorias que passamos a apresentar:

#### **1) Apoio na medicação e/ou ajudas técnicas - transporte de doentes, cadeiras de rodas, camas articuladas, (...)**

Este papel do assistente social foi mencionado por 14 entrevistados que utilizaram, nas suas respostas, afirmações como “*ajuda na medicação e tenta arranjar cadeiras de rodas e camas articuladas*” (Ent. 2), “*medicação, transporte, camas, material de saúde*” (Ent. 6), “*intervém pelo bem-estar do utente – medicação, camas, cadeiras de rodas (...)*” (Ent. 7), “*colabora mais na ajuda das camas articuladas e outros adereços próprios para doentes*” (Ent. 9), “*ajudas técnicas - cadeiras de rodas, camas articuladas, andarilhos, fraldas (...)*” (Ent. 14), “*trata dos transportes dos doentes, chama o médico a casa*” (Ent. 19), “*leva as pessoas aos centros de saúde, ajuda os idosos a não esquecer de tomar a medicação*” (Ent. 22), “*auxilia os familiares de doentes a terem algum suporte a nível material quando há lacuna financeira, por exemplo: cadeiras de rodas, fraldas, andarilhos, etc.*” (Ent. 30).

## **2) Apoio psicossocial ao doente e à família - na orientação do processo e na gestão da doença**

Esta função do assistente social no campo da saúde foi igualmente referida por 14 elementos, sendo que as suas respostas foram compostas por frases como *“dá apoio ao doente e á família para minimizar o sofrimento da família , é uma pessoa importante com quem falar”* (Ent. 3), *“apoia as famílias em explicar e comunicar sobre um apoio mais eficaz sobre o que é necessário”* (Ent. 4), *“consciencialização das coisas derivadas da doença”* (Ent. 8), *“dar conhecimento as famílias do que podem usufruir a nível de apoio financeiros e sociais”* (Ent. 24), *“ajuda pessoas a lidar com a sua doença permitindo um maior conhecimento sobre a mesma e ajudando a uma boa gestão de toda a família do doente”* (Ent. 37), *“um assistente social sabe Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, fazendo o diagnóstico social. Procede ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias (...)”* (Ent. 43).

## **3) Mediação com outras instituições e entidades para responder às necessidades do utente - Centro de Saúde, Hospital, (...)**

Esta subcategoria foi mencionada por 12 entrevistados quando interrogados sobre o papel do assistente social na área da Saúde. Estes responderam afirmações como *“encaminha as pessoas dos Hospitais para casa, e no caso de maus tratos, encaminham para instituições”* (Ent. 1), *“(...) encaminham para hospitais e lares”* (Ent. 7), *“é um elo de ligação entre os doentes e os centros de saúde”* (Ent. 22), *“na área da saúde penso que o Assistente Social pode avaliar a situação de saúde pública e promover soluções aos problemas detetados, assim como em situações de doenças prolongadas e irreversíveis encaminhando doentes e famílias”* (Ent. 25), *“(…), também articula com outras instituições de forma a amenizar as necessidades das famílias; sinaliza crianças e jovens em risco às entidades competentes”* (Ent. 30), *“analisa e reencaminha quem necessita para áreas específicas”* (Ent. 46).

#### **4) Proporcionar apoio ao nível económico**

Relativamente a esta subcategoria foram 8 os elementos que a mencionaram com frases como *“apoia as famílias em explicar e comunicar sobre um apoio mais eficaz sobre o que é necessário”* (Ent. 4), *“pode ajudar no preenchimento de papelada (...)”* (Ent. 5), *“ajuda nos incentivos a receitas médicas”* (Ent. 20), *“na área da saúde, o A.S dá auxílio às pessoas com dificuldades económicas (...)”* (Ent. 21), *“dar conhecimento às famílias do que podem usufruir a nível de apoio financeiro e social”* (Ent. 24), *“presta o apoio necessário àqueles que se encontram socialmente menos favorecidos”* (Ent. 26), *“auxilia as pessoas que têm dificuldades económicas”* (Ent. 29), *“apoios monetários (ex: complemento solidário do idoso, rendimento social de inserção, subsídio de desemprego, etc.)”* (Ent. 36).

#### **5) Realização de visitas domiciliárias e acompanhamento das consultas**

Neste subponto, 6 elementos mencionaram as visitas domiciliárias como função do assistente social no sentido de fazerem uma avaliação das condições habitacionais e o acompanhamento dos utentes às suas consultas. Verificamos isto através de expressões como *“apoia (...) no que faz falta ao doente a nível habitacional (se for ao domicílio)”* (Ent. 10), *“fazem visitas à casa das pessoas e fazem com que elas tenham melhores condições de vida e saúde”* (Ent. 17), *“leva as pessoas aos centros de saúde”* (Ent. 22), *“(...) fazem visitas domiciliárias”* (Ent. 23), *“visitas domiciliárias de modo a averiguar as necessidades e problemas dos utentes”* (Ent. 41), *“efectuar visitas domiciliárias para avaliação e acompanhamento de casos de dependência e desvantagem social”* (Ent. 44).

#### **6) Estudo e elaboração do plano de alta hospitalar**

Para finalizar, foi mencionado, ainda que em menor dimensão, a gestão da alta hospitalar como função do assistente social (por 3 entrevistados) que utilizaram expressões como *“ver condições que as pessoas têm para ter alta, se reúnem condições habitacionais, garantir que os indivíduos têm tudo o que é necessário para ter uma boa recuperação”* (Ent. 12), *“ver se as pessoas têm condições para ir para casa de modo a ter uma recuperação saudável, se existem vizinhos e família que possam ajudar e apoiar”* (Ent. 13), *“conhecer o ambiente*

*socioeconómico e familiar para poder dar respostas em situação de alta hospitalar; detetar problemas que os doentes têm ao nível familiar”* (Ent. 28).

### **Pergunta 3.4 - Considera necessário um Assistente Social na equipa de Cuidados Paliativos? Se sim, qual o seu papel?**

Esta questão tem como principal pressuposto perceber qual é a importância que os indivíduos entrevistados incutem ao assistente social como profissional integrante dos Cuidados Paliativos em concreto. Para isso, é-lhes também questionado qual o papel que o assistente social desempenha nestes cuidados.

Importa sublinhar que 42 entrevistados responderam afirmativamente, considerando o assistente social um profissional necessário na equipa dos Cuidados Paliativos. Contrariamente, apenas um entrevistado respondeu negativamente dizendo que *“não, o Assistente Social não pode intervir porque nessa situação já não há nada a fazer na área social, é preferível ter um enfermeiro”* (Ent. 1). Os 7 elementos restantes declararam não saber responder a esta questão.

As respostas dadas pelos entrevistados que reconheceram o assistente social como um profissional necessário nos Cuidados Paliativos, dividiram-se em 3 subcategorias principais, às quais lhes deram mais ênfase:

#### **1) Orientação psicossocial e encaminhamento das famílias**

Nesta subcategoria foram 23 os entrevistados que lhe fizeram referência. Para melhor percebermos, passamos a transcrever algumas das respostas dadas: *“sim, para dar apoio à família, tem um papel de comunicação entre a família e os profissionais de saúde, dá apoio psicológico (...)”* (Ent. 3), *“(...) Qualquer dúvida que a pessoa tenha o Assistente Social resolve e explica.”* (Ent.4) *“acho que sim, porque (...) desempenha um papel a nível psicológico”* (Ent. 5), *“sim, para tratar da parte da família no sentido de aceitarem a realidade e ajudar o utente para promover maior qualidade de vida, a nível emocional e psicológico; papel de apoiar a família a nível psicológico”* (Ent. 10), *“sim, no fundo tem o papel de dar ajuda à família”* (Ent. 11), *“sim, porque há uma visão mais humana e mais social e não meramente médica, tenta ser uma ponte entre o doente e a família, como lidar com a morte e o pós-morte, ajudar os profissionais a perceberem o que os*



*utentes pretendem” (Ent. 14), “Desempenha um papel muito importante quer com os doentes quer com os familiares, ajudam a estarem mais informados.”(Ent.20), “(...)pode ajudar em várias áreas, no apoio á família a lidar com a sua situação. O Assistente Social é uma fonte de informação que explica as coisas e usa uma linguagem mais acessível com as famílias e doentes” (Ent. 23) “sim acho necessário, porque pode ser o técnico que pode orientar, apoiar doentes e famílias de forma a atenuar dificuldades; o papel do Assistente Social passa pela orientação de doentes e familiares de forma a orientar para, por exemplo, apoio financeiro, apoio médico e de enfermagem, psicológico, etc.” (Ent. 25), “acho que sim, porque é o assistente social que traz o lado mais humano neste momento de maior aflição, é a pessoa que se preocupa com o bem-estar do individuo garantindo-lhe assim os melhores cuidados e ao mesmo tempo preparando-os para os possíveis cenários que terão que enfrentar; o Assistente Social desempenha o importante papel de garantir ao utente, o melhor apoio tanto físico como psicológico neste momento mais difícil.” (Ent. 27), “Sim, porque o assistente social ao fazer articulação com outras instituições pode ajudar as famílias e o próprio doente (...).”(Ent.28), “sem dúvida, porque o assistente social pode ajudar a família e o doente a aceitar e a vivenciar esta nova realidade, desempenha o seu próprio papel no seio de uma equipa multidisciplinar, essencial à melhoria da qualidade de vida” (Ent. 33).*

## **2) Averiguação e resposta às necessidades do doente proporcionando uma melhor qualidade de vida**

Este papel do assistente social foi mencionado por 11 entrevistados que apresentaram respostas como “*sim, tem o papel de verificar e assegurar se a pessoa tem suporte e apoio familiar e se estes prestam algum apoio, averiguar se existem outras respostas sociais que possam usufruir*” (Ent. 13), (Ent.20), “*sim é necessário nessas equipas, porque o assistente social tem competências que ajudam a colmatar as necessidades do doente; nos cuidados paliativos o profissional procura minimizar o sofrimento de todas as pessoas envolvidas*” (Ent. 29) “*sim, porque o assistente social tem um olhar mais humano da situação e o técnico tende a ajustar melhor as necessidades e desejos do doente do que qualquer outro profissional; dá voz ao doente, na medida em que tenta*

*compreender e fazer cumprir as vontades que o doente tem, de modo a que ele tenha uma melhor e maior qualidade de vida” (Ent. 30), “sim, numa equipa multidisciplinar podem entreajudar-se na melhoria da qualidade de vida do paciente, presta apoio ao paciente e aos seus familiares tanto a nível emocional como material (ex. alimentos, roupas, ajudas técnicas, etc.)” (Ent. 35), “sim, porque é uma forma de saber se o paciente está a receber os cuidados necessários da forma correta; verifica em que condições está o doente, quer no hospital, quer em casa, de forma a este ter o melhor tratamento possível” (Ent. 38), “sim, porque é uma forma de ajudar em diversas áreas da vida dos doentes, como a saúde, habitação ou assistência social. E porque é necessária uma equipa multidisciplinar, para que possa corresponder a todas as necessidades do doente, assegurar boas condições de vida aos doentes e às suas famílias; deve demonstrar-se disponível aos pacientes e às famílias, procurando encontrar as necessidades de cada um, bem como assegurar os direitos dos mesmos; junto com outros profissionais, o assistente social deve aprimorar a qualidade de vida do doente terminal, oferecendo ao mesmo suporte emocional e social” (Ent. 44).*

### **3) Estabelecer condições económicas para a realização de tratamentos**

Por fim, foram 5 os elementos que referem o assistente social como um meio de apoio no campo económico: *“sim, as famílias que tenham alguém nessa situação devem estar desorientadas e, por isso, o assistente social pode intervir na procura de ajudas financeiras existentes; tem o papel de informar sobre apoios financeiros existentes” (Ent. 24), “(...) pode ajudar a família a encontrar meios que ajudem social e economicamente, desempenha o seu próprio papel no seio de uma equipa multidisciplinar (...)” (Ent. 33), “sim, pois para além do auxílio ser fundamental para uma família que possua um familiar nos cuidados paliativos, é imprescindível que se analise e se verifique quais as condições familiares e económicas da mesma, presta apoio ao doente e aos seus familiares e verifica a sua situação familiar” (Ent. 34), “sim, ajudam (...) também financeiramente com o custo dos tratamentos; tem o papel de garantir que todos os doentes sejam tratados humanamente (...)” (Ent. 48).*

Através desta categorização das respostas e da análise das mesmas podemos concluir o Assistente Social é consideração necessário numa equipa de

Cuidados Paliativos pela maioria dos participantes no estudo e que o seu papel passa pela orientação psicossocial e encaminhamento das famílias, pela averiguação e resposta às necessidades do doente proporcionando uma melhor qualidade de vida e por estabelecer condições económicas para a realização de tratamento.

## CAPITULO IV – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após concluída a apresentação e análise dos dados recolhidos junto da amostra em estudo, vamos de seguida proceder à discussão dos mesmos, tendo por base os dois focos principais desta investigação – os Cuidados Paliativos e a intervenção do Assistente Social nos mesmos.

O conhecimento que a amostra em estudo possui sobre a noção de Cuidados Paliativos parece ser adequada, tendo em conta que um grande número dos entrevistados mostrou, de facto, estar familiarizado com o conceito, apontando diversos pressupostos do mesmo.

Os CP foram maioritariamente definidos como cuidados prestados a doentes em fase terminal com vista a minimizar o seu sofrimento e, consequentemente, melhorar a sua qualidade de vida, proporcionando um fim de vida digno. No entanto, importa sublinhar que uma pequena parte da amostra mostrou ter uma ideia desacertada entre CP e cuidados continuados através de afirmações como “*prestar cuidados de saúde a pessoas e crianças doentes*” (Ent. 7), “*tratar pessoas em estado critico*” (Ent. 37) e “*reabilitar pessoas*” (Ent. 50).

Como destinatários destes cuidados, uma grande parte dos entrevistados apontaram os doentes terminais, sendo que a restante amostra distribuiu as suas respostas por doentes oncológicos, doenças degenerativas, acamados, vítimas de acidente, pessoas com deficiência, doentes em estado vegetal, doentes com HIV (em estado avançado), doenças neurológicas irreversíveis, vítimas de AVC e doenças incuráveis. Neste subponto da investigação foi, mais uma vez, notória a ideia errónea existente entre a noção de CP , cuidados continuados e cuidados prestados à terceira idade.

No que diz respeito ao conhecimento que os entrevistados têm acerca das Unidades de Cuidados Paliativos, conseguimos verificar que mais de metade da amostra conhece uma ou mais destas unidades. O IPO foi o mais mencionado da amostra, seguido do “Kastelo Marta Ortigão” e Hospital de São João. Em menor número foram apontadas outras unidades como por exemplo, Hospital do Mar, IPO de Coimbra, Clipóvia, Hospital Pedro Hispano, Hospital de Santo António, Grupo Trofa Saúde, Unidade de Cuidados Paliativos de Felgueiras, Instituto CUF,

Hospital de Gaia e Hospital de São Martinho. É importante sublinhar que nem todas as unidades hospitalares anteriormente mencionadas têm serviço de internamento; outras, tais como, o Hospital de São Martinho nem sequer representa uma Unidade de Cuidados Paliativos.

É crucial termos em consideração que, quando os entrevistados foram questionados se as unidades existentes são suficientes para dar resposta a todos os doentes de CP, de uma forma unânime responderam serem insuficientes.

Relativamente aos profissionais que devem integrar a equipa de CP, foi-nos possível concluir que o assistente social, para além dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro e auxiliar de ação médica), foi os mais mencionados. De referir que, à exceção destes profissionais, foram também mencionados o psicólogo, o fisioterapeuta, o guia espiritual, o animador sociocultural, o terapeuta da fala, o técnico de saúde, o anestesista, o psiquiatra e o técnico de diagnóstico e terapêutica.

No que concerne ao conceito de Assistente Social, uma grande parte da amostra partilhou da mesma conceção - profissional que presta apoio e faz encaminhamento de situações de cariz social e económico. O assistente social foi ainda definido como o profissional que presta apoio a famílias desestruturadas e profissional que faz mediação com instituições por forma a obter apoios.

Relativamente às áreas de intervenção do Assistente Social, a saúde foi a área mais referida pela amostra. Foram ainda indicadas como áreas de intervenção do Serviço Social, ainda que em menor número: educação, carência económica, CPCJ, reinserção social, habitação social, violência doméstica, (des)emprego, geriatria e deficiência.

Ainda de encontro à profissão do Assistente Social, mas desta vez tendo por base o campo da saúde especificamente, a amostra referiu o apoio na medicação e/ou ajudas técnicas (transporte de doentes, cadeiras de rodas, camas articuladas) como uma das funções deste profissional, o apoio psicossocial ao doente e à família, a mediação com outras instituições e entidades para responder às necessidades do utente, o apoio a nível económico, as visitas domiciliárias e acompanhamento das consultas e a elaboração do plano de alta hospitalar foram também apontadas pelos indivíduos em estudo.

Por fim, na questão “Considera necessário um Assistente Social na equipa de Cuidados Paliativos? Se sim, qual o seu papel?”, uma grande parte da amostra respondeu afirmativamente. Uma pequena parte da amostra afirmou não saber responder a esta questão e 1 indivíduo apenas referiu que o assistente social não é necessário neste tipo de cuidados. Quanto ao papel do assistente social nos Cuidados Paliativos, os entrevistados mencionaram a orientação psicossocial e encaminhamento das famílias; a averiguação e resposta às necessidades do doente proporcionando uma melhor qualidade de vida e o apoio económico para a realização de tratamentos.

Como principais limitações desta investigação, apontamos a dimensão reduzida da amostra (50 indivíduos) que, consequentemente, não nos dá uma perceção exata do conhecimento global da população do distrito do Porto sobre este tema. Por outro lado, a diminuída experiência profissional da investigadora no campo dos Cuidados Paliativos serve de entrave à elaboração de uma abordagem e análise ricas em conteúdo prático, dificultando assim a visão clara sobre a realidade dos Cuidados Paliativos no seu todo.

Com esta investigação conseguimos perceber que, de facto, a amostra tem conhecimentos relativamente aos CP bem como o papel do Serviço Social nesta área em específico, contudo, uma pequena percentagem da amostra apresenta um conhecimento desadequado relativamente ao tema.

Benini et al., 2011 defende que um correto conhecimento da população acerca dos CP representa um fator importante no acesso e utilização destes serviços.

Com base nesta teoria, conseguimos perceber a relevância de uma difusão destes conhecimentos para, de forma direta ou indireta, facilitar o acesso e utilização dos serviços de CP.

Com o intuito de se obter um melhor uso dos CP, este conhecimento necessita ser melhorado através de uma intervenção apropriada de consciencialização pública, talvez através dos serviços dos media, tais como, campanhas publicitárias (Mendes, 2013), realização de panfletos colocados em locais estratégicos e/ou ações de formação sobre o tema para o público em geral. Num mundo em que a tecnologia esta avançada, os indivíduos estão conectados através das redes sociais, poderá constituir-se como uma estratégia a partir da

criação de vídeos que apresentem informações sobre esta problemática . Os assistentes sociais e outros profissionais de saúde poderão também constituir como uma fonte de informação referente aos cuidados paliativos.

## REFERÊNCIAS

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *Cuidados paliativos o que são?*. Disponível em [www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html](http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html). (Acedido a 3 de Setembro de 2016);
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal – Uma proposta da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Disponível em: [www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio\\_da\\_Saude\\_Proposta\\_vf\\_enviado.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf).(Acedido a 9 de Julho de 2016);
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70;
- Benini, F., Fabris, M., Pace, D. S., Vernò, V., Negro, V., De Conno, F. & Orzalesi, M. M. (2011). *Awareness, understanding and attitudes of Italians regarding palliative care*. Ann Ist Super Sanità, VOL. 47, No. 3. pp. 253-259;
- Burns, N.Grove, S.K, (1993). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*, 2º éd. Toronto. W.B.Saunders.;
- Capelas, M. L (2009). *Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal*. Cadernos de Saúde, 2 (1), 51-57. Disponível em: [www.apcp.com.pt/uploads/manuel\\_luis\\_capelas\\_1.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf). (Acedido a 5 de fevereiro de 2016);
- Carvalho, M.I (Coord) (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor;
- Decreto-Lei n.º 173/2014. *Diário da República*. Série I. 224. (2014-11-19).5896;
- Decreto-lei n.º 48 357, de 27 de abril. *Diário do Governo*. I Série. 101.(68-04-27).598;
- Decreto-lei n.º296/91, de 16 de agosto. *Diário da República*. Série I.187 (1991-08-16.). 4145;



- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Disponível em: [www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx](http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx) (Acedido a 14 de abril de 2016);
- Direcção-Geral da Saúde (2006) *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em :[www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf) (acedido a 26 de maio de 2016);
- Guerra, I. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de Uso*. Cascais: Principia;
- Instituto Nacional de Estatística (2016) *Estatísticas da Saúde 2014*, edição 2016. Disponível em: [www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2) (Acedido a 15 de agosto de 2016);
- Instituto Português de Oncologia do Porto. *Serviço de Cuidados Paliativos*. Disponível em: [www.ipoportor.pt/servico/cuidados-paliativos](http://www.ipoportor.pt/servico/cuidados-paliativos) (Acedido a 20 de junho de 2016);
- Lei nº52/2012 de 15 de setembro. *Diário da República*, I Série.172.(2012-09-05). 5119;
- Lopes, M.A (2011). Regulamento da Área de Apoio Social. Lisboa. Área de Apoio Social do CHLC-EPE;
- Mendes, E.S.R.(2013). *Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos: Opinião de uma amostra da População Portuguesa*. Disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/311?show=full>. (Acedido a 15 de agosto de 2016);

- Payne, M. (2012). Serviço Social em Cuidados Paliativos e em Fim de Vida. Em Carvalho, M. I. (coord.). Serviço Social na Saúde. Lisboa: Pactor;
- Pires, L. (2000). *A formação dos assistentes sociais da saúde*. In Revista Intervenção Social, Ano X, nº 21, Lisboa: cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL;
- Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro. *Diário da República*, I Série .197(2015-10-08);
- Portaria n.º 165/2016 de 14 de junho. *Diário da República*, I Série. 112.(2016-06-14);
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva;
- Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como Fazer Investigações, Dissertações, Teses e Relatórios Segundo Bolonha* (2ª ed.). Lisboa: Pactor.;
- Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. In Documentos de Trabajo Social, nº47, pp.184-199.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### ***Guião da Entrevista***

\_\_\_/\_\_\_/2016

## **Parte I - Caracterização da amostra**

### **1.1.Género**

Masculino \_\_\_\_\_

Feminino \_\_\_\_\_

### **1.2. Idade** \_\_\_\_\_

### **1.3. Estado Civil**

Casado (a) \_\_\_\_\_

Solteiro (a) \_\_\_\_\_

Divorciado (a) \_\_\_\_\_

Viúvo (a) \_\_\_\_\_

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### **1.4.Habilitações literárias**

Não sabe ler/nem escrever \_\_\_\_\_

1ºCiclo Ensino Básico \_\_\_\_\_

2ºCiclo Ensino Básico \_\_\_\_\_

3ºCiclo Ensino Básico \_\_\_\_\_

Ensino Secundário \_\_\_\_\_

Licenciatura \_\_\_\_\_

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### **1.5.Profissão**

\_\_\_\_\_

## **Parte II- Caracterização de cuidados paliativos**

**2.1.** Sabe o que são Cuidados Paliativos? Qual a sua finalidade?

---

---

---

---

**2.2.** Conhece alguém que já tenha recebido Cuidados Paliativos?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**2.3.** Sabe que tipo de doentes necessita de Cuidados Paliativos?

---

---

**2.4.** Conhece ou sabe de alguma Unidade de Cuidados Paliativos? Onde?

Sim \_\_\_\_\_ Onde \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**2.5.** Na sua opinião existem Unidades e/ou Equipas Suficientes para dar resposta a todos os doentes paliativos?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**2.6.** Quais os profissionais que devem integrar a equipa de Cuidados Paliativos? (Não dar opções).

Médico \_\_\_\_\_

Fisioterapeuta \_\_\_\_\_

Enfermeiro \_\_\_\_\_

Guia espiritual \_\_\_\_\_

Psicólogo \_\_\_\_\_

Auxiliar de ação médica \_\_\_\_\_

Assistente Social \_\_\_\_\_

Animador Sócio-cultural \_\_\_\_\_

Terapeuta da fala \_\_\_\_\_

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### **Parte III- Caracterização do Trabalho do Assistente Social**

**3.1.** O que entende por Assistente Social?

---

---

---

---

**3.2.** Sabe em que áreas esse profissional intervém?

---

---

---

---

**3.3.** O que acha que o Assistente Social faz na área da Saúde?

---

---

---

---

**3.4.** Considera necessário um Assistente Social na equipa de Cuidados Paliativos? Se sim, qual o seu papel?

---

---

---

---

## **ANEXO 2**

### ***Transcrição das entrevistas***



## Transcrição das respostas de pergunta aberta

<b>Sabe o que são Cuidados Paliativos? Qual a sua finalidade</b>
Ent.1. – Cuidados prestados a uma pessoa que está com uma doença grave, prestando apoio a nível de saúde, físico, mental, espiritual e emocional. A finalidade é tentar transmitir às pessoas que se tiverem força conseguem com mais facilidade aceitar a doença, para a pessoa sentir força interior para aceitar a doença. Normalmente os profissionais avaliam o caso e se acharem necessário encaminham os familiares para os psicólogos
Ent.2 – Sim, são cuidados de saúde que ajudam a atenuar as dores até á morte dos pacientes
Ent.3 – Sim, são cuidados a pessoas que já não se conseguem tratar a si próprias. A finalidade é não deixar que a pessoa se deteriore cada vez mais
Ent.4 – São cuidados prestados a pessoas em fase terminal. A finalidade é dar um melhor bem-estar aos doentes nos últimos dias que lhes restam.
Inq.5 – São pessoas que estão em fase terminal para não se sentir tao mal e terem mais apoio.
Ent.6 – Sim, é para pessoas que estão em fase terminal. Tem com finalidade promover uma morte digna sem dor e com qualidade de vida.
Ent.7 – Sim, prestar cuidados de saúde a pessoas e crianças doentes.
Ent.8 – Sim. Finalidade- condições básicas de cuidados de saúde, psicológica, económica a doentes com neoplasia.
Ent.9 – Sim, é ter um final de vida sem dor, esperar pela morte sem sofrimento.
Ent.10 – Sim, dar qualidade de vida a pessoas com doenças incuráveis.
Ent.11 – Sim, para terem um fim digno.
Ent.12 – Sim, quando uma pessoa já está numa fase terminal dar o mínimo de conforto, bem-estar e qualidade de vida.
Ent.13 – Sim, aliviar a dor e o sofrimento para ter um final de vida digno.
Ent.14 – Sim, cuidados de saúde a pessoas que estão em situação fragilizada em fase terminal. Dar um resto de qualidade de vida á pessoa.
Ent.15 – São cuidados a pessoas em fase terminal com a finalidade de proporcionar uma morte digna.
Ent.16 - Sim, são cuidados com o objetivo de proporcionar uma morte digna sem dor.
Ent.17 – São cuidados que tratam de pessoas em fim de vida.
Ent.18 – Não sei.
Ent.19 – São pessoas que cuidam de outras em fase terminal dando-lhes melhores condições no fim da vida.
Ent.20 – Sim, são cuidados prestados a pessoas em estado terminal para lhe dar melhor tratamento nos últimos dias de vida, com a melhor dignidade.
Ent.21 – Sim, a sua finalidade é aliviar a dor e o sofrimento do paciente, melhorando a sua qualidade de vida.
Ent.22 – Sim, são cuidados prestados a pessoas sem perspetiva de vida. Dar uma melhor qualidade de vida até término de vida.
Ent.23 – Sim, são cuidados prestados a pessoas em estado terminal, com objetivo de dar qualidade de vida e aliviar o sofrimento.
Ent.24 – Sim cuidados com a finalidade de dar assistência ao doente em fase terminal, proporcionando uma melhor qualidade de vida diminuído a dor.

Ent.25 – Sim, são cuidados dados a doentes com lesões neurológicas irreversíveis, A sua finalidade será dar, dentro do possível, alguém bem-estar e qualidade aos doentes.
Ent.26 - Os cuidados paliativos têm a finalidade de proporcionar, dentro dos possíveis, uma melhor qualidade de vida para doentes idosos ou com algum tipo de doença incurável
Ent.27 - São cuidados que pretendem aliviar o sofrimento de pessoas quem tem doenças incuráveis
Ent.28 - Sim. Aliviar a dor numa fase terminal dos doentes, de modo a manter a dignidade do ser humano.
Ent.29 - Sim. Confortar os doentes a nível de qualidade de vida.
Ent.30 - Sim. Auxiliar a pessoa fragilizada na saúde, tanto física como mental, no que se refere aos cuidados que esta necessita, seja a nível da: higiene, alimentação, saúde, etc.
Ent.31 - Sim. A sua finalidade é manter um doente com vida, mas sempre ciente que o seu fim está próximo
Inq.32 - Abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida dos pacientes.
Ent.33 - Os cuidados paliativos, a meu ver, dirigem-se a pessoas com doenças terminais e têm como objetivo melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.
Ent.34 - Sim e tem como finalidade, prestar cuidados a doentes de prognóstico reservado, que, a partida não irão sobreviver.
Ent.35 - Sim. São cuidados para pessoas em estado grave de saúde
Ent.36 - Prestar cuidados a pessoas em estado terminal, de forma a garantir o conforto e as condições humanas ao doente, para que ele se sinta com o mínimo de dignidade.
Ent.37 - Sim, tratar de pessoas em estado crítico.
Inq.38 - . Cuidados paliativos têm como finalidade ajudar doentes com doenças terminais a aliviar as suas dores e o seu sofrimento nos seus últimos tempos de vida.
Ent.39 - Sim, pretende-se dar qualidade de vida.
Ent.40 - . Sim, aplica-se para doentes terminais.
Ent.41 - Sim. Providenciar cuidados à pessoa que está num estado terminal de modo a garantir lhe alguma qualidade de vida
Ent.42 - É um serviço que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas pessoas significativas, quando a estes foi diagnosticado doenças terminais e/ou com progressão acelerada, acompanhando estes nesta etapa das suas vidas, e cuidando destes de forma holística. Onde trabalha uma equipa multidisciplinar auxiliando o doente nesta transição da sua vida e preparando a sua morte, tema que não deve ser tabu neste serviço.
Ent.43 - Os cuidados Paliativos são a assistência oferecida para pacientes e familiares quando diante de uma doença grave que ameace a continuidade da vida.
Ent.44 - Sim. São cuidados que promovem o bem-estar de doentes com problemas associados a doenças incuráveis ou graves.
Ent.45- Sim, são cuidados no fim de vida para dar melhor conforto ao doente.
Ent.46 – Não sei
Ent.47 – Deixar as pessoas partirem com a maior qualidade e em paz.
Ent.48 – Melhorar a qualidade de vida dos doentes com tempo de vida limitado, ajudando tanto a nível físico como psicológico a não sofrerem tanto.
Ent.49 – É algo que existe da parte dos médicos e enfermeiros para ajudar os doentes terminais a ter uma morte com menos sofrimento.
Ent.50 – Reabilitar pessoas.

<b>Sabe que tipo de doentes necessitam de Cuidados Paliativos?</b>
Ent.1 – Doentes Oncológicos sobretudo
Ent.2 – Sim, doentes terminais.
Ent.3 – Cancerosos e pessoas que sofrem enfartes.
Ent.4 – Doentes em fase terminal.
Ent.5 – São pessoas em fase terminal.
Ent.6 – Necessitam destes cuidados doentes em fase terminal, com neoplasias, mas acho que todos deveriam receber pois todos têm direito a uma morte digna.
Ent.7 – Crianças e pessoas vegetativas, paralisadas, cancerosas.
Ent.8 – Doentes com neoplasias.
Ent.9 – Doentes em fase terminal, crónica e incurável.
Ent.10 – Doentes incuráveis, por exemplo cancro.
Ent.11 – Pessoas que estão em fase terminal.
Ent.12 – Doentes com cancro, doenças crónicas
Ent.13 – Doentes com cancros em fase terminal, HIV em fase avançada, tuberculose.
Ent.14 – Em fase terminal, entubadas que se alimentam por sonda, com pouca ou nenhuma autonomia.
Ent.15 – Doentes que estão em fase terminal.
Ent.16 – Pessoas com doenças incuráveis.
Ent.17 – Doentes oncológicos.
Ent.18 – Doentes em fase terminal.
Ent.19 – Fase terminal, cancerosas.
Ent.20 – Doentes oncológicos e em fase terminal.
Inq.21 – Doentes com cancro, doenças incuráveis e doenças progressivas em estado avançado.
Ent.22 – Doentes oncológicos, doentes terminais.
Ent.23 – Doentes Oncológicos, doentes em estado vegetal, doentes em estado terminal.
Ent.24 – Doentes em fase terminal, doentes com e SIDA .
Ent.25 – Doentes com lesões/défices neurológicos.
Ent.26 - Doentes em fase terminal, malformações.
Ent.27 - Doentes portadores de alguma outra doença incurável
Ent.28 - Sim, doentes oncológicos
Ent.29 - Sim, oncológicos e doentes com doença degenerativa
Ent.30 - Sim, terminais e oncológicos
Ent.31 - Sim, acamados
Ent.32 – Sim, terminais.
Ent.33 - Sim, pessoas com deficiência física e/ou motora e vítimas de algum acidente
Ent.34 - Sim, acamados, doença degenerativa e oncológicos
Ent.35 - Sim , terminais e deficiência
Ent.36 - Sim, terminais.
Ent.37 - Sim, acamados
Ent.38 - Sim, terminais
Ent.39 - Sim, vítimas de acidente e oncológicos.
Ent.40 - Sim, doença degenerativa
Ent.41 - Sim, pessoas que estão doentes de alguma doença em fase terminal.

Ent.42 - Doentes com doenças terminais e/ ou com progressão rápidas, incluindo crianças e adultos.
Ent.43 - Portadores de doenças graves.
Ent.44 - Doentes com doenças incuráveis ou graves, com prognóstico limitado.
Ent.45 – Doentes terminais
Ent.46 – Não sei
Ent.47 – Doentes que sabem que vão morrer
Ent.48 – Doentes com cancro em estado terminal, Leucemia, traumatismos graves.
Ent.49 – Cancerosos.
Ent.50 – Vítimas de AVC

<b>O que entende por Assistente Social?</b>
Ent.1- Alguém que está ali e que define se a pessoa a nível monetário, alimentação, rendas, precisa de apoio ou não,
Ent.2 - Pessoa que ajuda a resolver os problemas sociais.
Ent.3 – É uma pessoa que está preparada para dar apoio a quem lhes pede ajuda.
Ent.4 – É uma pessoa que estudou para ajudar em várias situações para resolver os problemas dos mais carenciados. (são profissionais que ajuda as pessoas com dificuldades, pois são a interligação entre as pessoas e o estado)
Ent.5 – Pode ajudar famílias em papéis e alimentação.
Inq.6 – Não sei, mas tenho uma ideia formada que os assistentes sociais raramente conseguem dar resposta às pessoas que necessitam.
Ent.7 – Pessoas que prestam serviços á sociedade ajudando nas dificuldades de cada pessoa.
Ent.8 – Assistente que nos ajuda na integração na sociedade das diferentes classes económicas não só a nível económico como também outras vertentes sociais, por exemplo emprego, formação profissional.
Ent.9 – São profissionais que vão a casa ver se as famílias têm condições para ter crianças ou idosos, se sofrem maus-tratos, se têm condições habitacionais.
Ent.10 – Profissional que presta apoio em casos de utentes mais carenciados.
Ent.11 – Dar apoio às famílias necessitadas, maus-tratos, violência domestica, necessidade alimentar.
Ent.12 – O assistente social é um profissional que tem como função trabalhar com as pessoas para que estas consigam obter os recursos que necessita para atingir os seus objetivos e necessidades.
Ent.13 – É um técnico especializado nas questões da área social, tem por objetivo intervir junto das populações mais vulneráveis com qualquer tipo de problema social.
Ent.14 – Profissional polivalente, multidisciplinar que trabalha com pessoas de varias idades, etnias, com problemas sociais dando-lhe respostas nesse sentido.
Ent.15 – É um profissional que trata de problemas sociais das pessoas.
Ent.16 – Pessoas que tratam dos casos sociais.
Ent.17 – São profissionais que estudam o problema da família durante alguns tempos e atuam consoante a situação.
Ent.18 – Profissionais que tratam de problemas familiares.
Ent.19 – São pessoas que ajudam as famílias mais carenciadas.
Ent.20 – Profissional que se dedica a dar apoio social e ajudar as pessoas a arranjar recursos através da segurança social.
Ent.21 – Assistente social dá assistência às pessoas mais necessitadas e com carências socioeconómicas.

Ent.22 – Profissional que ajuda e trabalha com pessoas menos favorecidas a vários níveis sociais.
Ent.23 – é uma pessoa que tenta aproximar-se das pessoas sinalizadas e tenta resolver e dar solução aos problemas.
Ent.24 – é a pessoa que faz a ligação entre as famílias mais carenciadas e o Estado, ao fazer a recolha de necessidades dessas famílias
Ent.25 – é uma profissional com competências para avaliar, racionalizar, criar critérios em situações como saúde pública, situações de famílias desestruturadas.
Ent.26 - Profissional que presta apoio a pessoas que se encontrem em algum tipo de dificuldade de cariz social.
Ent.27 - O trabalho do assistente social visa trazer o bem-estar das pessoas, ajudando-as garantido que todos os seus direitos como cidadão são garantidos
Ent.28 - O Assistente Social é um técnico que deteta os problemas sociais de uma determinada população e que o orienta os indivíduos para instituições apropriadas.
Ent.29 - O assistente social é a pessoa que colabora em arranjar apoios a quem precisa.
Ent.30 - O assistente social é um técnico que apoia as pessoas que tem dificuldades a nível financeiro e providencia ajudas para solucionar ou atenuar os problemas/necessidades dos utentes.
Ent.31 - Pessoa com capacidade de apoiar qualquer cidadão perante alguma dúvida de cariz social.
Ent.32 - É uma pessoa que ampara pessoas que não tem total acesso a cidadania.
Ent.33 - Profissional que interage com diversas realidades e organismos sociais. O assistente social procura melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e integra-los nas suas realidades.
Ent.34 - Pessoa que auxilia famílias em situações de risco.
Ent.35 - É alguém que tem um papel de organização na sociedade.
Ent.36 - É uma pessoa que trabalha na área social e com pessoas de várias faixas etárias, quando estas estão em situação de carências económicas e sociais.
Ent.37 - Presta cuidados a pessoas/crianças que necessitem de apoio social, por diversas razões, relacionadas com a saúde, integração social, educação, emprego entre outras tarefas.
Ent.38 - Assistente social é uma pessoa que verifica as condições de vida de crianças, jovens e idosos, assim como de pessoas com deficiências, e tem como objetivo ajudá-los a ter melhores condições de vida.
Ent.39 - Assistente social é um técnico que intervém junto de agregados familiares com dificuldades de ordem variada.
Ent.40 - Profissional responsável em promover o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da pessoa.
Ent.41 - O Assistente Social é um profissional que realiza visitas domiciliárias às pessoas, que foram referenciadas pela segurança social por diversos motivos.
Ent.42 - O assistente social é o profissional formado que tem como função planear e realizar ações focadas num indivíduo, sendo este pessoa em sociedade.
Ent.43 - Um assistente social é um profissional de intervenção que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa.
Ent.44 - Assistente Social é o profissional que atua nas questões de origem social, oferecendo suporte e apoio social a indivíduos desfavorecidos ou excluídos da sociedade em geral.
Ent.45 – um profissional que ajuda famílias com baixos rendimentos.
Ent.46 – Indivíduo que tem como objetivo assistir e apoiar os cidadãos para os seus cuidados sociais.

Ent.47 – Atuam em situações como violência doméstica
Ent.48 – Um assistente social ajuda a população a nível político social, a resolver casos como por exemplo: violência doméstica, exploração infantil, abandono de idosos.
Ent.49 - Alguém que informa como resolver determinadas situações.
Ent.50 -Colabora com os médicos.

<b>Sabe em que áreas este profissional (Assistente Social) intervém?</b>
Ent.1- Maus tratos, violência doméstica e pobreza
Ent.2 - Na saúde principalmente.
Ent.3 – Apoio á família, é necessário em todas as áreas.
Ent.4 – Todas as áreas: crianças, idosos, comunidade, autarquias – em todas as juntas de freguesia deveria existir um assistente social para apoiar os mais carenciados.
Ent.5 – Eles intervêm de varias formas, famílias carenciadas em vários níveis monetários e sociais.
Ent.6 – Desempregados, pessoas com dificuldades económicas, sem abrigo.
Ent.7 – Pobreza, com crianças e jovens em risco- proteção, segurança social, saúde.
Ent.8 – Emigração, casos de pobreza, habitacional, integração na sociedade.
Ent.9 – Segurança social, educação, habitacional, cuidados em termos de ajudar as famílias a terem melhores condições.
Ent.10 – Social, familiar, habitacional.
Ent.11 – Violência domestica, maus-tratos, comissão de menores CPCJ e saúde.
Ent.12 – Todas, tudo o que envolve os indivíduos e as suas relações, na área social, saúde, habitação.
Ent.13 – Saúde, educação, 3º idade, habitação social, empresas, IPSS, deficientes.
Ent.14 – Educação, deficiência, saúde, inclusão social, empregabilidade, geriatria, toxicodependência, habitação.
Ent.15 – Violência domestica, pobreza, abandono de idosos.
Ent.16 – Saúde, sociedade carenciada, educação.
Ent.17 – Idosos, crianças, toxicodependentes, desempregados, saúde, segurança social.
Ent.18 – Escola, área familiar, violência domestica.
Ent.19 – Na Ação social: escolas, hospital.
Ent.20 – Ação social (escolas, segurança social)
Ent.21 – Intervêm a nível da saúde e educação.
Ent.22 – Alimentar, higiene e saúde, geriatria, CPCJ.
Ent.23 – Apoio á família, educação, CPCJ, violência doméstica, presidiários.
Ent.24 – Famílias com Insuficiência económica, famílias com idosos a seu encargo e situações de maus-tratos.
Ent.25 – Saúde Pública, apoio familiar a apoio a menores
Ent.26 - Saúde, educação, crianças, adolescentes, idosos.
Ent.27 - Sei que estão presentes no sector da saúde e na educação
Ent.28 - Saúde, educação, questões parentais, reinserção de indivíduos marginais (por exemplo: toxicodependentes, sem abrigo).
Ent.29 - Ensino, saúde e económico
Ent.30 - Emprego, formação profissional, económica e saúde
Ent.31 - Não
Ent.32 - Na área social, psicológico e bem-estar físico.

Ent.33 - Na área social em diversos contextos.
Ent.34 - Pessoais, familiares, educacionais, penso que em qualquer situação de risco para uma família os assistentes sociais intervêm.
Ent.35 - Saúde, educação, entre outras áreas.
Ent.36 - Infância, jovens em risco, velhice, pessoas com carências socioeconómicas, toxicodependentes, pessoas com deficiência, saúde, ...
Ent.37 - Saúde, educação, habitação, emprego, promove o bem-estar físico e mental das pessoas.
Ent.38 - Crianças, jovens, idosos, mercado de trabalho, hospitais, infantários, escolas, associações de apoio não-governamentais.
Ent.39 - Educação, saúde, integração na sociedade/mundo do trabalho, acompanhamento domiciliário...
Ent.40 - Hospitais, creches...
Ent.41 - alerta as autoridades quando há crianças e jovens em situação de perigo, saúde, apoios sociais.
Ent.42 - Saúde, Educação, Política (juntas de freguesia/ câmara)
Ent.43 - Intervém na justiça social, com os direitos humanos, responsabilidade coletiva e respeito pela diversidade.
Ent.44 - Habitação, exclusão social, saúde, pessoas com deficiência, assistência social, trabalha com crianças, adolescentes e idosos.
Ent.45 - Deficiência, violência doméstica, idosos maltratados ou abandonados e reinserção social.
Ent.46 - Na área social ajuda alimentar, na saúde e planeamento social.
Ent.47 - Na área social
Ent.48 - Saúde, educação, crianças, idosos, habitação jurídica.
Ent.49 - Na saúde e na violência doméstica.
Ent.50 - Não sei, em tudo o que é preciso.

<b>O que acha que o Assistente Social faz na área da saúde?</b>
Ent.1- Encaminha as pessoas dos Hospitais para casa, e no caso de maus tratos, encaminham para instituições.
Ent.2 - Ajuda na medicação e tenta arranjar cadeiras de rodas e camas articuladas.
Ent.3 - Dá apoio ao doente e á família para minimizar o sofrimento da família, é uma pessoa importante com quem falar.
Ent.4 - Apoia as famílias em explicar e comunicar sobre um apoio mais eficaz sobre o que é necessário.
Ent.5 - Pode ajudar no preenchimento de papelada e tratam da medicação.
Ent.6 - Medicação, transporte, camas, material de saúde
Ent.7 - Intervém pelo bem-estar do utente - medicação, camas, cadeiras de rodas, encaminham para hospitais e lares.
Ent.8 - Consciencialização das coisas derivadas da doença.
Ent.9 - Acho que devem fazer mais do que fazem. Colabora mais na ajuda das camas articuladas e outros adereços próprios para doentes.
Ent.10 - Apoia na medicação e no que faz falta ao doente a nível habitacional (se for ao domicílio)
Ent.11 - Na ajuda da medicação, dentistas, oculistas, terapeutas da fala.

Ent.12 – Ver condições que as pessoas têm para ter alta, se reúnem condições habitacionais, garantir que os indivíduos têm tudo o que é necessário para ter uma boa recuperação.
Ent.13 – ver se as pessoas têm condições para ir para casa de modo a ter uma recuperação saudável, se existem vizinhos e família que possam ajudar e apoiar
Ent.14 – Ajudas técnicas (cadeiras de rodas, camas articuladas, andarilhos, fraldas), medicação, habitação, apoio as famílias.
Ent.15 – não sei.
Ent.16 – Saúde, sociedade carenciada, educação.
Inq.17 – Fazem visitas a casa das pessoas e fazem com que as pessoas tenham melhores condições de vida e saúde.
Ent.18 – Apoio psicológico.
Ent.19 – Trata dos transportes dos doentes, chama o médico a casa.
Ent.20 – ajuda nos incentivos a receitas médicas, moletas, cadeiras de rodas, melhoramento de habitações.
Ent.21 – Na área da saúde, o A.S dá auxílio às pessoas com dificuldades económicas e com doenças que têm necessidade de ser seguidas e tratadas por pessoas da área.
Ent.22 – Leva as pessoas aos centros de Saúde, ajuda os idosos a não esquecer de tomar a medicação, é um elo de ligação entre os doentes e os centros de saúde.
Ent.23 – Promovem mais higiene nas famílias e fazem visitas domiciliárias.
Ent.24 – Dar conhecimento as famílias do que podem usufruir a nível de apoio financeiros e sociais.
Ent.25 – Na área da saúde penso que o Assistente Social pode avaliar a situação de saúde pública e promover soluções aos problemas detetados, assim como em situações de doenças prolongadas e irreversíveis encaminhando doentes e famílias.
Ent.26 - Presta o apoio necessário àqueles que se encontram socialmente menos favorecidos, em relação a diferentes áreas.
Ent.27 - É o assistente social que analisa e intervém em casos de problemas de saúde pois este faz garantir que todo o cidadão tem acessos aos cuidados básicos para o seu bem-estar
Ent.28 - Conhecer o ambiente socio, económico e familiar para poder dar respostas em situação de alta hospitalar; detetar problemas que os doentes têm ao nível familiar- ex: maus tratos infantis.
Ent.29 - Auxilia as pessoas que tem dificuldades económicas e encaminha-as para apoio médico
Ent.30 - Auxilia os familiares de doentes a terem algum suporte a nível material quando há lacuna financeira, por exemplo: cadeiras de rodas, fraldas, andarilhos, etc.Também articula com outras instituições de forma a amenizar as necessidades das famílias; sinaliza crianças e jovens em risco às entidades competentes.
Ent.31 - Trata de orientar o cliente com todos os procedimentos associados à área social, transmitindo-lhes os deveres e direitos.
Ent.32 - Ajuda nas participações médicas e auxilia a adquirir bens materiais e imateriais para os pacientes e suas famílias.
Ent.33 - Dá apoio social.
Ent.34 - Apoia os familiares de um doente e analisa a sua situação familiar.
Ent.35 - Faz a ponte entre o doente e os familiares e também discrimina os direitos sociais do paciente.
Ent.36 - Apoios monetários (ex: complemento solidário do idoso, rendimento social de inserção, subsídio de desemprego, etc.), ajudas técnicas e encaminhamento dos utentes para emprego e/ou formação profissional.



Ent.37 - Ajuda pessoas a lidar com a sua doença permitindo um maior conhecimento sobre a mesma e ajudando a uma boa gestão de toda a família do doente.
Ent.38 - Verifica as condições em que os doentes e profissionais de saúde, assim como a família dos pacientes se encontram.
Ent.39 - Estabelece pontes entre o doente e as alternativas/possibilidades de tratamento, ou seja, tenta encontrar soluções para remediar o problema do doente quando este por si só não tem capacidade para o fazer.
Ent.40 - Atua como facilitador entre o órgão de saúde e o doente e/ou família do mesmo.
Ent.41 - Visitas domiciliárias de modo averiguar com as necessidades e problemas dos utentes
Ent.42 - Perceciona o apoio social que o indivíduo tem, quer seja junto da sua família ou na sua área de residência, criando parcerias/ ou recorrendo a instituições locais tendo como o objetivo o bem-estar do indivíduo.
Ent.43 - Um assistente social sabe identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, fazendo o diagnóstico social. Procede ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante o plano de intervenção.
Ent.44 - Analisar os problemas e as necessidades sociais do utente; acompanhamento psicossocial do utente e das famílias; acompanhar situações sociais problemáticas de crianças e adolescentes negligenciados ou maltratados, com insucesso escolar, idosos, doentes crónicos, doentes do foro psiquiátrico; efetuar visitas domiciliárias para avaliação e acompanhamento de casos de dependência e desvantagem social.
Ent.45 – Tenta ajudar o paciente a encontrar uma melhor resposta para os seus pacientes.
Ent.46 – Analisa e reencaminha quem necessita para áreas específicas.
Ent.47 – Ajuda psicologicamente e encaminha para outros fins.
Ent.48 – Ajudam nos cuidados dos doentes que estão em casa, por exemplo, ajudando a dar medicação, comida, higiene e apoio psicológico.
Ent.49 – Faz o que o que é preciso.
Ent.50 – Informar as pessoas para serem encaminhadas para resolver os seus problemas.

<b>Considera necessário um Assistente Social na equipa de Cuidados Paliativos? Se sim, qual o seu papel?</b>
Ent.1- Não, o Assistente Social não pode intervir porque nessa situação já não há nada a fazer na área social, é preferível ter um enfermeiro.
Ent.2 – Sim, porque muitas vezes há problemas sociais com as famílias dos doentes e com os próprios doentes, ou seja, ajuda com os problemas sociais envolventes ao doente.
Ent.3 – Sim, para dar apoio á família. Tem o papel de comunicação entre a família e os profissionais de saúde, dá apoio psicológico. O psicólogo ouve a pessoa, mas não apoia a família como o Assistente Social, porque se for preciso o A.S ajuda na segurança social e noutras questões e o psicólogo não.
Ent.4 – Sim. Apesar de estranho nos paliativos há muita coisa a fazer e se o A.S. explicar tudo é mais fácil. Qualquer dúvida que a pessoa tenha o A.S resolve e explica.
Ent.5 – acho que sim porque precisam de ajuda a nível psicológico. Desempenha um papel de apoio psicológico
Ent.6 – Não sei

Ent.7 – Sim porque é uma valia na saúde e nas dificuldades do utente no geral. Tem o papel de cuidar e gerir a saúde de cada um da melhor forma e o seu bem-estar e qualidade de vida.
Ent.8 – Sem dúvida, orienta-nos e ajuda-nos em todos os problemas que podemos ter tendo em conta que não estamos nas perfeitas condições. Tem o papel de orientação e ajuda nos processos legais por exemplo, testamentos, legalização em caso de menores e processos familiares, pensão de viuvez e ajudas no funeral.
Ent.9 – Sim pelo simples facto de quando falhar algo (produtos de higiene, material de limpeza, lençãos, fraldas) o A.S possa intervir em termos de ajudas. Procurar saber se o utente tem ou não condições financeiras para pagar tratamento/medicação caso não tenham condições tenta ajudar a família a manter o doente no hospital/lar.
Ent.10 – Sim, para tratar da parte da família no sentido de aceitarem a realidade e ajudar o utente para promover maior qualidade de vida, a nível emocional e psicológico; papel de apoiar a família a nível psicológico
Ent.11- Sim, no fundo tem o papel de dar ajuda á família.
Ent.12 – Sim apoiar e falar com a família em conjunto com o psicólogo, prepará-la para a morte, para ter um bem-estar e a máxima qualidade de vida possível.
Ent.13 – Sim, tem o papel de verificar e assegurar se a pessoa tem suporte e apoio familiar e se estes prestam algum apoio, averiguar se existem outras respostas sociais que possam usufruir”
Ent.14 – Sim, porque há uma visão mais humana e mais social e não meramente médica. Tenta ser uma ponte entre o doente e a família, como lidar com a morte e o pós-morte ajudar os profissionais a perceberem o que os utentes pretendem.
Ent.15 – Não sei.
Ent.16 – Sim, acompanhar as famílias.
Ent.17 – Sim, no inicio dos cuidados, no fim de vida não. Acompanhamento emocional e apoio aos familiares mais próximos.
Ent.18 – Sim, podendo haver casos sociais aqui podem ser resolvidos. Papel de aconselhar.
Ent.19 – Não sei.
Ent.20 – Desempenha um papel muito importante quer com os doentes quer com os familiares, ajudam a estarem mais informados
Ent.21 – Acho, este vai ajudar na integração daquelas pessoas com problemas de saúde, melhorando a sua qualidade de vida e aliviando um pouco o sofrimento. Também ajuda a família dos doentes a lidar melhor com a situação. desempenha o papel de psicólogo, pois acolhe e ouve as fragilidades e angustias do paciente. Também tem o papel de mediador de algumas situações que possam surgir.
Ent.22 – Sim. Porque os doentes mesmo em fim de vida têm problemas sociais e mesmo depois da morte ainda ficam muitos problemas que o A.S pode intervir. Ajuda a família a prestar os melhores cuidados quando o doente vai para casa.
Ent.23 – Sim o Assistente Socia. promove o bem-estar social. Pode ajudar em várias áreas, no apoio á família a lidar com o doente e o doente a lidar com a sua situação. O A.S também é uma fonte de informação que explica as coisas e usa uma linguagem mais acessível com as famílias e doentes.
Ent.24 – Sim, as famílias que tenham alguém nessa situação devem estar desorientadas e por isso o Assistente Social pode intervir na procura de ajudas financeiras existentes.
Ent.25 – Sim acho necessário, porque pode ser o técnico que pode orientar, apoiar doentes e famílias de forma a atenuar dificuldades. O papel do Assistente Social passa

pela orientação a doentes e familiares dos doentes de forma a orientar para, por exemplo, apoio financeiro, apoio médico e de enfermagem, psicológico, etc.
Ent.26 - Sim, tendo em conta a fragilidade da pessoa que se encontra nessa situação, todo o apoio é necessário para a mesma e para os seus familiares, para que as condições em que o doente se encontra sejam melhoradas.
Ent.27 - Acho que sim, porque é o assistente social que traz o lado mais humano neste momento de maior aflição, é a pessoa que se preocupa com o bem-estar do indivíduo garantindo-lhe assim os melhores cuidados e ao mesmo tempo preparando-os para os possíveis cenários que terão que enfrentar; o Assistente Social desempenha o importante papel de garantir ao utente, o melhor apoio tanto físico como psicológico neste momento mais difícil.
Ent.28 - Sim, na medida em que tem conhecimento global de problemas sociais. O assistente social ao fazer articulação com outras instituições pode ajudar as famílias e o próprio doente a receber apoios.
Ent.29 - Sim é necessário nessas equipas, porque o assistente social tem competências que ajudam a colmatar as necessidades do doente. Nos cuidados paliativos o profissional social presta apoio aos familiares que acompanham o doente, de forma a procurar minimizar o sofrimento de todas as pessoas envolvidas
Ent.30 - Sim, porque o assistente social tem um olhar mais humano da situação e o técnico tende a ajustar melhor as necessidades e desejos do doente do que qualquer outro profissional. Dá voz ao doente, na medida em que tenta compreender e fazer cumprir as vontades que o doente tem, de modo a que ele tenha uma melhor e maior qualidade de vida.
Ent.31 - Sim. Um doente paliativo não deve ter certamente uma vida propriamente fácil, por isso, toda a ajuda seja de que vertente for é bem-vinda. Um assistente social ajuda o paciente no que diz respeito a processos que tem de executar no que concerne a fatores sociais.
Ent.32 - Sim, pois compreende melhor as necessidades sociais dos pacientes. Tem o papel de ajudar o paciente a enfrentar a doença.
Ent.33 - Sem dúvida, porque o assistente social pode ajudar a família e o doente a aceitar e a vivenciar esta nova realidade, pode reencaminhar a família e o próprio doente para o apoio psicológico e pode ajudar a família a encontrar meios que ajudem social e economicamente.
Ent.34 - Sim, pois para além de o auxílio ser fundamental para uma família que possua um familiar nos cuidados paliativos, é imprescindível que se analise e se verifique quais as condições familiares e económicas da mesma. Presta sobretudo apoio ao doente e aos seus familiares e verifica a sua situação familiar.
Ent.35 - Sim. Numa equipa multidisciplinar podem entreajudar-se na melhoria da qualidade de vida do paciente. O A.S presta apoio ao paciente e aos seus familiares tanto a nível emocional como material (ex. alimentos, roupas, ajudas técnicas, etc.)
Ent.36 - Sim, pois compreende melhor as necessidades sociais dos pacientes. Desempenha um papel importante na medida em que ajuda a suprimir as necessidades do doente e da sua família, dá orientação jurídica às famílias para requererem algum suporte, etc
Ent.37 - Sim, é uma mais-valia, um apoio que penso ser fundamental para os doentes e as suas famílias sentirem-se amparados em momentos decisivos das suas vidas. Presta ajuda ao doente em causa e às suas famílias que necessitam de apoio nesta fase.

Ent.38 - Sim, porque é uma forma de saber se o paciente está a receber os cuidados necessários da forma correta. Verifica em que condições está o doente, quer no hospital, que em casa, de forma a este ter o melhor tratamento possível.
Ent.39 - Sim, porque estabelece laços quase familiares com os doentes que podem facilitar o tratamento. Tem o papel de intermediário entre o doente e os profissionais de saúde, assim como o de confidente.
Ent.40 - Sim, pois os diversos profissionais articulam-se entre si de modo a dar uma melhor resposta ao doente.
Ent.41 - Sim, pois é importante para verificar as necessidades dos utentes que acompanha. tenta ajudar o utente ouvindo e dá aconselhamento; o assistente é essencial também porque tem uma visão mais humana. assistente social tenta ajudar o utente ouvindo e dá aconselhamento; o assistente é essencial também porque tem uma visão mais humana.
Ent.42 - Sendo que os doentes são pessoas em sociedade, parece-me que faça sentido o trabalho destes junto de uma equipa multidisciplinar. Estando os doentes internados numa situação terminal, muitas vezes a vida dos próprios familiares fica alterada e o assistente social orienta-os a viver em sociedade e dá-lhes a conhecer programas/ apoios a que estes possam recorrer, para ultrapassarem esta transição e continuar a viver
Ent.43 - Sim, visto que as funções da área se destinam a utentes faz todo o sentido elaborarem esta modalidade pois é um grande apoio psicossocial para os doentes e familiares.
Ent.44 - Sim, porque é uma forma de ajudar em diversas áreas da vida dos doentes, como a saúde, habitação ou assistência social. E porque é necessária uma equipa multidisciplinar, para que possa corresponder a todas as necessidades do doente – tem o papel de assegurar boas condições de vida aos doentes e às suas famílias; deve demonstrar-se disponível aos pacientes e às famílias, procurando encontrar as necessidades de cada um, bem como assegurar os direitos dos mesmos; junto com outros profissionais, o assistente social deve aprimorar a qualidade de vida do doente terminal, oferecendo ao mesmo suporte emocional e social.
Ent.45 – Sim, mais do que um psicólogo porque tem uma mentalidade mais aberta e usa uma linguagem mais simples com os doentes. Tem o papel de prestar apoio psicológico.
Ent.46 – Não sei
Ent.47 – Não sei
Ent.48 - Sim, ajudam emocional o doente e a família, talvez também financeiramente com o custo dos tratamentos. Fazem com que lhes seja possível não se sentirem incompreendidos e abandonados. Tem o papel de garantir que todos os doentes sejam tratados humanamente e que lhes seja garantido tratamento médico e tecnológico para melhorar a qualidade de vida e ajudando também os seus familiares mais próximos psicologicamente
Ent.49 – Não sei
Ent.50 – Não sei